

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Lenka Richterová

**Vstupní adiktologické vyšetření v kontextu
psychodynamického přístupu**

**Initial interview with addicted people in the context
of psychodynamic approach**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20. 4. 2018

.....

Lenka Richterová

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lence Šťastné Ph.D. za podporu, důvěru a zároveň cenné rady. Děkuji také pracovníkům Adiktologické ambulance za spolupráci při získávání dat.

Identifikační záznam

RICHTEROVÁ, Lenka. VSTUPNÍ ADIKTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ V KONTEXTU PSYCHODYNAMICKÉHO PŘÍSTUPU. [Initial interview with addicted people in the context of psychodynamic approach]. Praha, 2018. Počet stran 78, počet příloh 3. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Vstupní adiktologické vyšetření je popisováno jako mapování rizikového chování pacienta ve vztahu k užívání návykových látek. Jeho součástí je i zhodnocení celkového stavu pacienta a následné stanovení terapeutického plánu. Jedná se o komplexní výkon, který je časově vymezen 60 minutami. Otázkou je, co tedy potřebujeme pro to, abychom mohli s pacientem naplánovat vhodnou léčbu a jakým způsobem tyto informace získat a zpracovat. **Cíl:** Cílem této diplomové práce je návrh struktury vstupního adiktologického vyšetření pro Adiktologickou ambulanci Kliniky adiktologie. V dalším kroku je pak cílem pilotní ověření v prostředí adiktologické ambulance a zpracování zkušeností adiktologa s tímto návrhem. **Metody:** Na základě odborné literatury formulujeme možný obsah výkonu „vstupní adiktologické vyšetření“. Zajímá nás nejen co dělat, ale i jak. V práci se pohybujeme v psychodynamickém kontextu. Následně navrhujeme Vstupní adiktologické vyšetření pro Adiktologickou ambulanci Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze. Tím zdůrazňujeme důležitost kontextu vyšetření. Adiktologické interview musí odpovídat zaměření a úkolům příslušné instituce. Na závěr krátce uvádíme zkušenost adiktologa s daným návrhem v této instituci. **Diskuze a závěry:** Docházíme k zjištění, že na adiktologické vyšetření je potřeba více času než jedna hodina. Také bychom rádi upozornili na potřebu výkonů adiktologa bez indikace psychiatra a výkonů pro pacienty, kteří nemají stanovenou diagnózu závislosti. Závěrem lze říci, že se nám na základě odborné literatury podařilo navrhnout strukturu a obsah indikačního pohovoru a vstupního adiktologického vyšetření.

Klíčová slova

Vstupní adiktologické vyšetření – Adiktologická ambulance – adiktologická diagnostika – adiktologický rozhovor

Abstract

Background: A initial interview with addicted people is described as a mapping of the patient's risk behavior in relation to the use of addictive substances. It also includes an assessment of the overall condition of the patient and subsequent determination of the therapeutic plan. It is a complex examination that which takes time for 60 minutes. The question is what should we do in this interview. How to make a plan for treatment with the patient. **Objective:** The aim of this thesis is to propose the structure of an adictological examination for the outpatient treatment center named Adiktologicka ambulance. The next step is to do the verification of the interview in practice. **Methods:** On the basis of professional literature, we formulate the possible contents of the "adictological input" exercise. We are interested not only in what to do but also how. We work in a psychodynamic context. Subsequently, we propose initial interview for adicted people in the outpatient treatment center for addiction. We highlight the importance of the institutional context. The interview must match the focus and tasks of the certain institution. Finally, we briefly present the experience of the worker with addicted people. **Discussions and Conclusions:** We found out that an initial examination took more than one hour. Also we would like to draw attention to the need for psychiatric indication of this interview and missing a examination for patients who do not have a diagnosis of addiction. In conclusion we have been able to propose the structure and content of the initial interview.

Key words

Initial interview - outpatient treatment centre for addiction – diagnostic interview – interview for addicted people

Obsah

Úvod, vstupní adiktologické vyšetření	8
1. Typy a způsoby vedení úvodního rozhovoru	10
1.1. Diagnostické interview	11
1.2. Terapeutické interview	12
1.3. Interview s rodinnými příslušníky a osobami blízkými	13
2. Rozbor vstupní situace, identifikace základních potřeb a podmínek spolupráce	14
3. Podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální	18
4. Zhodnocení subjektivních obtíží	20
5. Studium dokumentace z předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích	22
6. Administrace dotazníkových metodik, strukturované interview	23
7. Vyšetření alkotestem/drugtestem, odběr biologického materiálu/kapilární krve v případě potřeby dalších vyšetření	30
8. Indikace dalších potřebných vyšetření	31
9. Vyhodnocení získaných poznatků	37
10. Edukace pacienta	38
11. Navržení vhodného postupu léčebných intervencí	40
12. Cíle výzkumu	42

13.	Výzkumné otázky	42
14.	Adiktologická ambulance Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze	43
15.	Vstupní indikační pohovor	46
15.1.	Současný stav	46
15.2.	Návrh.....	47
16.	Vstupní adiktologické vyšetření	52
16.1.	Současný stav	52
16.2.	Návrh.....	54
17.	Kazuistika použití rozhovorového listu pro vstupní indikační rozhovor v praxi.....	63
17.1.	Záznam z indikačního pohovoru.....	63
17.2.	Zkušenost adiktologa	65
18.	Diskuze a závěr	66
19.	Seznam zkratk	68
	Literatura	69
	Přílohy	79

Úvod, vstupní adiktologické vyšetření

Adiktologie se jako obor definuje multidisciplinárně a multipřístupově a snaží se o integraci těchto pohledů. V současné době vzniká nový koncept léčby v adiktologických ambulancích se zdravotními adiktologickými výkony. Pracovní skupina k Seznamu zdravotních výkonů MZ v roce 2013 projednala a následně schválila návrhy České asociace adiktologů k zařazení ambulantních výkonů profese adiktologa do Sazebníku. (Sklenář, 2013). Od ledna 2014 je v Seznamu zdravotních výkonů šest adiktologických (Mravčík et al., 2016). K červnu 2016 se úhradu adiktologických výkonů podařilo nasmlouvat 11 organizacím pro 13 adiktologických ambulancí v 8 krajích.

Jedním z těchto zdravotních ambulantních výkonů je i Vstupní adiktologické vyšetření. To je popisováno jako mapování rizikového chování pacienta ve vztahu k užívání návykových látek (MZ ČR, 2016). Součástí je i zhodnocení celkového stavu pacienta a následné stanovení terapeutického plánu. Rozsah je vymezen v níže uvedených bodech, vedle nichž je vždy uvedena strana, na které se danému bodu věnuje pozornost v této práci.

Bod vyšetření	Strana
1. Rozbor vstupní situace, identifikace základních potřeb a podmínek spolupráce	10
2. Podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální	13
3. Zhodnocení subjektivních obtíží	15
4. Studium dokumentace z předchozích klinických, laboratorních a zobrazovacích vyšetření	16
5. Administrace dotazníkových metodik, strukturované interview	17
6. Vyšetření alкотestem/drugtestem, odběr biologického materiálu/kapilární krve v případě potřeby dalších vyšetření	23
7. Indikace dalších potřebných vyšetření	24
8. Vyhodnocení získaných poznatků	30
9. Edukace pacienta	30
10. Navržení vhodného postupu a léčebných intervencí	32

Jak vyplývá z následujících bodů, jedná se o velmi komplexní výkon časově vymezen 60 minutami. V oboru adiktologie jsou doporučené postupy zatím neexistujícím dokumentem,

který je připravován. To v praxi znamená nejednotnost postupu vstupního adiktologického vyšetření.

V rámci vyšetření potřebujeme dojít k tomu, co by se s klientem mělo dít dále. Musíme obhájit co, jak a proč děláme. Identifikace potřeb klienta, jeho silných a slabých stránek, je naprosto nezbytná. Co to ale v praxi znamená, se může tříštit. Sběr anamnézy je tradicí, ale je potřeba se ptát, k čemu slouží a za jakým účelem ji potřebujeme. Jen na základě anamnézy není možné určit léčebný plán a obsah další léčby. Otázkou tedy je, co potřebujeme pro to, abychom mohli s klientem naplánovat vhodnou léčbu, a jakým způsobem tyto informace získáme a zpracujeme.

Sbírání informací je bezcenné, pokud se nepřihlédne k situačnímu, komunikačnímu aspektu kontaktu. Situace, ve které se rozhovor odehrává, rozhodujícím způsobem ovlivňuje průběh a adiktolog má celou škálu formálních možností, jak aktivně tuto situaci spoluvytvářet. Podle Duhrrsenové (1998) zde patří nejen prostory pracovny, které mohou být jak soukromé, tak velmi formální, ale i délka pohovoru, na kterou se připraví jak terapeut, tak pacient.

V této práci se nejdříve podíváme na jednotlivé body v rámci adiktologického vyšetření a pokusíme se na základě literatury formulovat jejich možný obsah. Zajímá nás nejen co dělat, ale i jak. V práci se pohybujeme v psychodynamickém kontextu. Nehledáme jeden správný způsob vyšetření, ale co nejvíce možných.

V praktické části se poté pokusíme šíři teoretické části zúžit do kontextu adiktologického vyšetření v Adiktologické ambulanci Kliniky adiktologie. Adiktologické vyšetření musí odpovídat zaměření a úkolům příslušné instituce.

1. Typy a způsoby vedení úvodního rozhovoru

Různí autoři dávají odlišný význam vstupnímu rozhovoru. Od pohledu optimistického, který věří v diagnostickou a terapeutickou prediktivní hodnotu, až po skeptický, který naprosto zpochybňuje úvodní diagnostiku a navrhuje zkusnou léčbu, která sama ukáže svoji vhodnost (Holub a Telerovský, 2013). Řádné vstupní vyšetření snižuje riziko předčasného odchodu z léčby (Kalina, 2008). V adiktologické ambulanci propojujeme diagnostiku s následnou léčbou. Je proto přínosné si po vstupním vyšetření vytvořit hypotézu o průběhu následné terapie. Tím také můžeme obhájit proč, co a jak děláme, případně odhadnout i časový rámc. S touto hypotézou můžeme v průběhu terapie dále pracovat a buď ji potvrzovat, nebo vyvracet.

Úvodní rozhovor se dá rozdělit na explorativní nebo vztahově-dynamický. Explorativní přístup odpovídá zobecňujícímu a vysvětlujícímu. Zdůrazňuje opakující se zákonitosti a je postavený na modelu otázka-odpověď. Jak uvádí Telerovský s Holubem (2013), když se ptáme, nedostaneme víc než jen odpovědi. Protiváhu tvoří vztahově-dynamický model, který je subjektivně rozumějící a individuální, vystihuje jedinečnost pacienta. Srovnání deskriptivní a psychodynamické perspektivy je v tabulce 1.

Tabulka 1: Srovnání deskriptivního a psychodynamického přístupu

Deskriptivní (MKN-10, DSM-V)	Psychodynamická (OPD-2, PDM)
Výhody ve výzkumu, srovnatelné homogenní skupiny	Umožňuje diferencované porozumění, a tím uplatnění individuálního přístupu
Zaměřuje se na symptom a povrchnější jevy	Zaměřuje se na otázky co je za symptomem
Pacienta je zapotřebí precizně popsat	Pacient je podněcován k introspekci a asociaci: význam má subjektivní prožívání symptomu nejen symptom samotný
Symptom nemá smysl	Symptom je intrapsychický a interpersonálně smysluplný
Osobnost diagnostika zůstává venku	Plná subjektivní účast diagnostika včetně jeho prožívání
Terapeutický plán se dá vyvodit omezeně	Cíle a plány jsou odvozené z diagnostického posouzení
K časovému faktoru se přihlíží omezeně	Vznik, vývoj a průběh obtíží je významný
Spektrum normální-patologické je často předělené výčtem počtu symptomů	Kontinuální spektrum normální-patologické
Snaha o ateoretičnost	Aktivní generování předběžných hypotéz: historicky-vývojových, vztahových,

	strukturálních
Re-medikalizace psychiatrie	De-medikalizace

Zdroj: Holub a Telerovský (2013, str. 21)

Další způsoby vedení rozhovoru se dají rozdělit na strukturované (Strukturovaný rozhovor zúčastněného pozorovatele podle Sullivana, 1953; přepracovaný rozhovor Sullivana Kindem, 1973; jedním z pokusů o strukturované interview v adiktologii bylo i EuropASI - Evropský index závažnosti závislosti, Kokkevi, 1995) a nestrukturované (Deutschova asociativní anamnéza, 1939). Některé rozhovory se více soustředí na identifikaci motivace k léčbě (Gill et al., 1954). Diagnostický rozhovor Balinta (1961) zdůrazňuje interpersonální vztah a přenos. Biografická anamnéza Schutze-Henckeho (1951) a Duhrrssenové (1981) dává duševní potíže do kontextu pacientovy historie. Kernberg (1981, 1984) a na něho navazující STIPO (Structural Interview of Personality Organization, Clarkin et al., 2003) posuzují hlavně úroveň osobnostní organizace. Pro posouzení vstupního rozhovoru je podle Argelander (1998) důležitý i jeho scénický rozměr.

Některé rozhovory jsou zaměřeny výzkumně. Na podkladu DSM-V vzniklo SCID 5 (Structured Clinical Interview for DSM-IV, First et al, 2015). Vůči MKN-10 se vymezuje původem německý manuál OPD-2 (Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika, pracovní skupina OPD-2, 2013), ve kterém se cyklicky střídají nestrukturované a explorativní fáze, za účelem hledání opakujících se disfunkčních vzorců vztahů a konfliktů. Dalšími příklady jsou AAI (Adult Attachment Interview, George et al., 1985) a CCRT (The core conflictual relationship theme method, Luborsky, L., 1998).

O technice úvodního interview v psychoanalýze se začalo diskutovat od poloviny 50. let 20. století (Holub a Telerovský 2013). Existují různé styly jak rozhovor vést. Jedním z nich je klasický analytický přístup, který se dá popsat tak, že analytik nic neinicuje, drží se v ústraní, pacienta neujišťuje. Tím umožní vytvoření přenosových reakcí, často doprovázených úzkostmi a pocity ohrožení, na které pacient reaguje svými typickými obrannými mechanismy a typickými charakterovými a vztahovými vzorci. Tato situace podněcuje regresi. Velmi přímočaře se pak lze dostat do skrytých oblastí. Druhým způsobem je rozhovor strukturovanější, v němž se terapeut zaměřuje na symptomy a pacientovu historii. Tento druhý styl, jak uvádí Holub (2013), oslovuje racionální a dospělou vědomou část mysli. Mluví se o obtížích bez toho, aby se přímo na sezení zakoušely.

Sullivan (2006) rozděluje interview na tři typy:

1.1. Diagnostické interview

Účelem diagnostického interview je určení diagnózy a rada, někdy nalezení vhodné léčby i na jiném místě. Diagnostika se dá rozdělit na terapeutickou a nosologickou. Nosologická diagnostika má deskriptivní podobu a spočívá v třídění jednotlivých poruch. Mentzos (2012)

uvádí, že operacionalizovaná diagnostika podle DSM-V a MKN-10 přispěla k lepší reliabilitě (shoda mezi různými pozorovateli). Zpochybňuje ale validitu a upozorňuje na důležité aspekty geneze a psychodynamiky. Terapeutická diagnostika předpokládá následnou léčbu. V Tabulce 2 vidíme základní odlišnosti mezi diagnózou a případovou formulací podle Mace a Binyon (2005), kterou přepracoval Holub a Telerovský (2013).

Tabulka 2: Srovnání diagnózy a případové formulace

Charakteristika	Diagnóza	Případová formulace
Formát	Popisná diagnóza	Vysvětlující shrnutí
Hledisko	Co je obecné, sdílené, společné?	Co je jedinečné?
Zdroj	Strukturované vyšetření	Interaktivní rozhovor
Používaná teorie	Neutrální vůči teorii	Informovaná teorie
Předpovídá	Průběh onemocnění	Odpověď na léčbu
Ve vztahu k léčbě	Identifikuje léčbu	Informuje léčbu

Zdroj: podle Mace a Binyon (2005) přepracoval Telerovský a Holub (2013, str. 16)

Formulace případu se skládá ze tří komponent (Holub a Telerovský, 2013), a to z diagnostické formulace, klinické formulace a formulace postupu.

1. Diagnostická formulace pomáhá odpovědět na otázky, zda je původ problémů primárně organický nebo psychologický, jaká je závažnost, je potřeba akutní intervence, je prezentovaná situace psychotická, neurotická nebo souvisí s charakterem.
2. Klinická formulace je více vysvětlující a popisuje z dlouhodobého charakteru, odpovídá na otázku, jak se to stalo
3. Formulace postupu pak obsahuje cíle terapie, plán, techniky.

Známe je i přeceňování fungování pacientů, kteří jsou nám blízcí či naopak nálepkování pacientů, kteří nikoliv.

1.2. Terapeutické interview

Toto interview je úvodem ke krátké či dlouhodobé terapii. Úkolem je tedy jak diagnostika, tak i seznámení se s pacientem, aby jej mohl terapeut dále léčit. Formulují se tedy ohniska terapie (Sullivan, 2006).

1.3.Interview s rodinnými příslušníky a osobami blízkými

Důraz je kladen na vliv problémů na okolí, než na pacienta samotného.

V následujících kapitolách se budeme věnovat jednotlivým bodům vyšetření podle sazebníku.

2. Rozbor vstupní situace, identifikace základních potřeb a podmínek spolupráce

Situace prvního rozhovoru

Holub a Telerovský (2013) popisují začátek úvodního psychodynamického pohovoru tak, že vždy začíná navozením rozumějícího vztahu a sdíleného porozumění. Prvním úkolem pro terapeuta je přesvědčit pacienta v tom, že ho přijímáme, ceníme si ho a bereme ho jako jedinečnou osobu s jedinečnými problémy. Nabízíme mu spolupracující vztah se svým autentickým postojem a situaci prvního rozhovoru mu poskytujeme první představu o povaze naší práce. To se dá vztáhnout nad rámec psychodynamických pohovorů.

Charmanová (2008, str. 54) kategorizuje události, úkoly a fáze prvního interview do následujících shluků:

1. *„Vytvoření scény a struktury úvodního rozhovoru, pocitu bezpečí*
2. *Počáteční zapojení pacienta do účastného kontaktu a vyjevení problému*
3. *Hlubší zkoumání souvislostí a emoční vyjádření*
4. *Reflexe a pojmenování ohniska*
5. *Vyjasňování a prověřování ohniska*
6. *Utváření terapeutické aliance“*

Úvodní sezení ovlivňuje mnoho faktorů - rozmanitost pacientova trápení, jeho motivací, vnitřních zdrojů. Proto je potřeba terapeutova pružnost v přecházení mezi různými diagnostickými styly (Holub a Telerovský, 2013). Řádné vstupní interview snižuje riziko předčasného odchodu pacienta z léčby. Selhání léčby může také vycházet z nesprávné diagnostiky.

Důležité je nezaměňovat počáteční strach z pacientova odchodu z léčby, za skutečnou a neuvědomovanou obavu, že v léčbě nakonec zůstane (Holub a Telerovský, 2013).

Podle Busche (In Holub a Telerovský, 2013) je cílem vstupního vyšetření pacientovi poskytnout zkušenost s jeho způsobem práce – v Buschově případě psychoanalytickým. Snaží se proto nechat velký prostor pacientovi, naslouchat mu, a to nejen v obsahové stránce, ale také po stránce scénické a přenosově-protipřenosové. Omezuje tedy povzbuzování a kladení otázek v přesvědčení, že důležitý je i nevědomý materiál. Stejně tak i Ogden (1992) neodlišuje první sezení od další terapie. Oproti tomu pojetí Grosteina (2009) vstupní pohovor odlišuje. Ten rozšiřuje vstupní konzultace někdy až na 6 sezení a zaměřuje se hlavně na vhodnost pro léčbu. Anamnézu neodebírá, protože upozorňuje na to, jestli má vůbec smysl odebírat něco, co rychle zapomene. Nechává pacientovu historii postupně vystoupit samu. Sullivan (1953, 2006) definuje rozhovor jako prostor pro studium interpersonálních vztahů, jehož údaje pocházejí ze zúčastněného pozorování. Hlavním zdrojem pozorování jeho osobnosti, je on sám. Procesy a jejich změny neprobíhají ve zkoumané osobě ani

pozorovateli, ale v situaci, která se vytváří. Sullivan také upozorňuje, že neexistují žádné objektivní údaje ani validní subjektivní údaje a problémem je také nestálost závěrů. Vytváří definici vstupního interview jako situace, kdy dochází v první řadě k vokální komunikaci ve skupině tvořené dvěma lidmi, více či méně dobrovolně utvořené, na progresivně se rozvíjející bázi vztahu mezi odborníkem a klientem. Účelem rozhovoru je objasnit charakteristické vzorce způsobu života pacienta, který je vnímá jako nepříjemné či cenné. Cílem je také odhalit, jaký pacient očekává přínos. Jde o to, směřovat jakým směrem jít, aby došel, kam chce. Vokální v tomto smyslu znamená nejen slovní komunikace, ale také intonace, tempo řeči a artikulace, což je považováno za indikátory významu. Počáteční odpor a nemotivovanost Sullivan nepojímá jako problém a upozorňuje, že pacient často změní postoj, když přijde na to, že situace a otázky mají nějaký smysl a že jen nechválí nebo neodsuzují. Důležité je povšimnout si důrazu na interpersonální rozměr a roli psychiatra jako zúčastněného pozorovatele.

Zahájení

Od okamžiku, kdy se terapeut a pacient setkají, se začínají projevovat důležité aspekty situace. Dokonce i před setkáním lze vnímat specifika. Například: *Jakým způsobem se pacient objednal? Jak komunikoval v telefonu? Nebo šlo o náhodné setkání v čekárně bez předchozí domluvy? Ujišťoval se pacient o místě ordinace? Přichází včas?* Atd. Při samotném setkání pak hraje roli způsob pozdravu a potřesení ruky. V úvodní části rozhovoru bychom pacienta měli informovat o cíli rozhovoru a časovém ohraničení. Sullivan (2006) doporučuje vyložit karty na stůl a shrnout pacientovi, co o něm zatím víme. Pacient má pak možnost na naše sdělení reagovat, případně ho i poupravit a uvést na pravou míru.

„Tento kolega mi vás posílá, abychom spolu probrali vaše obtíže s alkoholem a mluvili o možnostech co dále.“

Zároveň mu můžeme nechat co nejvíce prostoru pro vlastní sdělení (Holub a Telerovský, 2013). Například lze použít větu:

„Máme asi hodinu na rozhovor, ve kterém se společně pokusíme lépe porozumět vašim potížím. Povezte mi, s čím přicházíte?“

Pacient poté obvykle popisuje své problémy. Někdy popisuje somatické komplikace, někdy citové a vztahové obtíže. V této fázi můžeme nechat pacienta volně mluvit a postupně získávat první představu o obrysech pacientovy problematiky, o vážnosti a povaze problémů.

Začátek sezení provází i tvoření kontraktu. Ten je nalezením souhlasu mezi dvěma nebo více lidmi, jehož účelem je vyjasnění očekávání (Kalina, 2008). Součástí kontraktu je domluva o trvání sezení, o místě sezení, způsobu placení a sdělování informací ze sezení. Důležitou součástí je, aby byl uzavírán kontrakt z dospělé pozice, tedy ne ve změněných stavech vědomí

či pod vlivem návykových látek. Poradenský nebo léčebný kontrakt pak obsahuje cíle společné práce.

Nejdříve probíhá tvoření si **předběžného dojmu** ze situace (Sullivan, 2006). Interview může jít například „ztuha“ a je potřeba se hodně vyptávat. Nebo naopak může jít velmi snadno a není potřeba vyvíjet velké úsilí. Na základě tohoto dojmu lze pak uvažovat o pacientově *obecné bdělosti* – jak je vnímavý a v kolika oblastech, jak zřetelně souvisí jeho implikace. Také *pozornost* může být odlišná. Pacient může být soustředěný, nebo mohou jeho pozornost odvádět například zvuky. Dále se vytváří dojem o *inteligenci*. První dojmy o ní však mohou být velmi zavádějící. Do této skupiny obecných charakteristik patří také *schopnost reagovat a vnímavost*. Ta je popsána jako schopnost číst, jak interview směřuje. Může být chápána jako spolupráce pacienta, nebo jeho neochota či záměrné zdržování interview. K těmto charakteristikám, které popsal Sullivan (2006), pro důležitost v adiktologii přidejme *motivaci* pacienta k interview.

Říčan (1979) začíná svůj rozhovorový list **pozorováním** a rozděluje ho do následujících kategorií:

a) Celkový dojem

Odpovídá informacím: zda je pacient sympatický či nikoli, působí jako integrovaný nebo rozervaný, zajímavý nebo nudný, sešlý, utrápený, slušný, asociální... Dojem je samozřejmě zatížen subjektivitou, ale může být cenným vodítkem a je možné ho dále kriticky zkoumat.

b) Zjev

Postava může být astenická, atletická, pyknická. Důležité jsou extrémy. Věnovat se můžeme obličejí, upravenosti, oděvu.

c) Motorika

Jde o držení těla (nenucené, strnulé, napjaté, ...), gesta, mimiku.

d) Řeč

Důležité bývá tempo řeči (zrychlené, manické, zpomalené, depresivní), zda je pacient hovorný, zadržává se, bohatost jeho slovníku, slang, intonace.

e) Emotivita

Rozeznáváme škály mezi radostí-smutkem, vzrušeností-klidem, ustaraností, rezignací, apatií, oploštělými emocemi. Pozorujeme i projevy emocí jako pocení, červenání, změny dýchání.

f) Chování k examinátorovi

Z toho, jak se pacient chová k nám, můžeme usuzovat na obvyklé chování k lidem obecně. Je ale potřeba, být s touto generalizací opatrní. Všímáme si navázání a udržení kontaktu, sdílnosti, závislosti či nezávislosti během interview, společenské formy.

g) Chování při testech

Všímáme si, jaký vliv mají testy na kontakt. Jaké má pacient pracovní tempo, postup práce.

Předběžné dojmy a pozorování mohou dát základ prvním hypotézám, které se během interview dají testovat.

3. Podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální

Na konci rozboru vstupní situace bychom měli vědět, proč za námi pacient přišel. Nyní přichází na řadu otázka, kdo vlastně je. Zajímá nás současný stav, ale i jeho životní historie. Téma anamnézy se zpravidla prolíná celým rozhovorem. Říčan (1979) navrhuje, ptát se v rámci anamnézy na hereditu, matku, manželství rodičů, rané dětství, sourozence, školu a vzdělání, erotický a sexuální život, děti, přátelství, hodnoty, zdravotní anamnézu. Dále se věnuje současné situaci pacienta, včetně práce a sociálního zajištění. Další možnou strukturou je Kalinův anamnestický list (příloha 3).

EuropASI (Kokkevi, 1995) je strukturované interview, které měří závažnost v 6 oblastech života, mezi něž patří:

- základní údaje,
- zdravotní stav,
- užívání návykových látek (alkohol/drogy),
- zaměstnání, podpora,
- rodina, sociální vztahy,
- právní anamnéza,
- psychiatrická, psychologická anamnéza.

Během rekonstrukce minulosti můžeme dojít k tomu, že některé důležité chvíle mohou být nejasné, mimo dosah pacienta. Zde Sullivan (2006) navrhuje využití metody volných asociací.

„Zajímalo by mě, jak to bylo, řekněte mi, co vás k tomu napadá.“

Způsobů, jak anamnézu během rozhovoru zkoumat je několik, a proto nabízíme pohled některých odborníků.

V Deuschově asociativní anamnéze (1939, In Holub a Telerovský, 2013) ustupuje lékař do pozadí a nechává prostor pro pacientovy představy a asociace. Jeho svět tak může plastičtěji vystoupit do popředí a bude přístupnější pro zkoumání.

Schultz-Hencke (1951) mluvil o gestaltu tvaru, který vyplývá z anamnézy a podoby rozhovoru, kterou by měl terapeut vnímat a zachytit, čímž může lépe pochopit pacientovu specifčnost, individualitu. Schultz-Hencke ale oproti některým psychoanalytikům považoval sběr anamnézy za nezbytný k pochopení pacienta, nicméně zdůrazňoval, že samotné data nemohou zprostředkovat pochopení.

Argelander (1970) posouvá do popředí situační moment rozhovoru. Definuje první terapeutické interview jako zpravidla jednorázový, časově ohraničený rozhovor s pacientem, který slouží k určitému účelu. Pacientův vhled, způsob mluvení a verbální informace se zhušťují prostřednictvím vnějších omezení do uzavření výpovědi o jeho osobnosti. Terapeut

pak integruje objektivní, subjektivní a situační informace a hledá integrovaný osobnostní tvar. Objektivními informacemi myslí osobní údaje, biografická, medicínská a sociální fakta. Subjektivní údaje se vztahují k významu, který pacient přiděluje osobám, situacím a jevům. Dají se získat pouze s pacientem a pacient je garantem správné interpretace subjektivních informací. Scénická nebo situační informace vyplývá ze společného zážitku situace vyšetření se všemi pocity a představami. Nástrojem vnímání je osobnost terapeuta, který vnímá nevědomé pole s pacientem. Pacient je v tomto vztahu partnerem. Tento přístup je zajímavý právě situačním charakterem.

4. Zhodnocení subjektivních obtíží

Jedním z témat k rozhovoru, které nabízí Říčan (1979) ve svém rozhovorovém listu, je prožívání nemoci a léčení a životospráva a volný čas. Doporučuje se ptát na kvalitu pocitů, na představy, obavy. Ptá se, kdy a za jakých okolností se obtíže objevily, jak se vyvíjely, v jaké denní době jsou horší, zda v pracovních nebo volných dnech, zda pacienta problémy děsí nebo je bezstarostný, co dělá, aby se obtíží zbavil, co mu problémy umožňují a znemožňují, jak na to reagují jeho blízcí. Pozornost je možné věnovat i tomu, jakým léčením už prošel a jaká je jeho zkušenost.

EuropASI (Kokkevi, 1995) se na konci každé své oblasti ptá na pacientovo hodnocení, jak moc ho daná oblast v životě trápí a jak moc je pro něj důležité oblast řešit. Následně se ptá i terapeuta, jak posuzuje klientovy potřeby v dané oblasti. V úplném závěru jsou otázky na zkreslení informací vědomou snahou klienta či špatným pochopením otázek.

Prožívání onemocnění a předpoklady pro léčbu tvoří i jednu z pěti os OPD-2 (2013). Každá metoda léčby totiž klade různé nároky na emoční a kognitivní připravenost pacienta ke spolupráci a na jeho schopnost snášet zátěž. Je proto potřeba posoudit jeho vzhled na souvislosti onemocnění, na motivaci a okolnosti, jaké jsou zdroje jeho podpory a očekávání od léčby. Prožívání nemoci chápeme jako dílčí oblast způsobu zvládání a zpracovávání onemocnění. Obsahuje emoční, kognitivní a behaviorální procesy, které jsou ovlivňovány povahou a závažností onemocnění, sociálním prostředím, vztahem mezi terapeutem a pacientem, osobností, psychosociálním prostředím a motivací k léčbě. Určitá míra subjektivního utrpení je nezbytným předpokladem pro pacientovu ochotu se léčit (Freud In Pracovní skupina OPD, 2013). Zjišťujeme:

- a) Dostatečnost zdrojů pro daný typ léčby
- b) Motivaci pacienta k léčbě
- c) Míru subjektivního utrpení

Hledáme odpovědi na otázky jako:

O jaké potíže jde? Jak vážné jsou potíže? Jak zasahují do pacientova života? Jak dlouho trvají? Kdy se objevily poprvé? Jaká je míra subjektivního utrpení pacienta? Jaké symptomy pacient popisuje především? Jaké oblasti se primárně týkají? Jak si pacient vysvětluje původ a povahu svých potíží? Je ochotný se zabývat psychodynamickými souvislostmi nemoci? Jakou má pacient představu o léčbě, jakou by preferoval? Jakou odmítá? S jakou má zkušenost? Je utrpení takové, že pacienta nutí ke změně a k podstoupení léčby? Je motivovaný pro psychoterapii, kterou můžeme nabídnout? V čem vidíme zdroje pacientovy změny? Má je k dispozici a je schopný je využít? Do jaké míry je rozvinutá schopnost psychologického smýšlení? Introspektivní kapacita? Jaké jsou překážky změny? Jaké faktory udržují poruchu/problém? Jaké jsou sekundární zisky?

Existují dva pohledy na **zvládání zátěže** a rozlišují se podle toho, zda se zaměřují na podnět nebo na reakci (OPD-2, 2013). Modely zaměřené na podnět vnímají stres jako dílčí podnět. Do této kategorie spadají výzkumy životních událostí. Oproti tomu modely pracující se stresem jako reakcí, považují stres jako nespecifický stav reakce organismu. Modely zvládání zátěže pak zdůrazňují individuální aspekt, který jedinec události přikládá (OPD-2). Když se pak zaměříme na **obránné mechanismy** a nevnímáme je jen jako dysfunkční patologické procesy, ale také jako výkon Já, který podporuje adaptaci, nejsou pak takovým protikladem ke zvládání zátěže, jako se může někdy zdát. OPD-2 jejich vztah popisuje tak, že obrany slouží intrapsychické regulaci (zpracování afektů), kdežto zátěž se týká spíše adaptačních úkolů včetně každodenních úkonů a zvládnutí onemocnění (např. závislosti). Adekvátní využití obran je tedy předpokladem konstruktivního zvládnutí onemocnění.

Psychoanalýza rozlišuje mezi **primárními a sekundárními zisky z nemoci**. Primárním ziskům rozumí tak, že nežádoucí pudové impulzy mohou nacházet uspokojení ve vytvoření symptomů, což vede k redukci napětí. Jedinec ještě cítí uspokojení, že nechtěné pudy jsou odehrávány nepřímo ve vnějším světě. Oproti tomu za sekundární zisk z nemoci je považováno veškeré uspokojení, které pacient z nemoci vědomě či nevědomě získává. K tomu patří podpora či útěcha od okolí, úlevy od pracovních požadavků. Díky nemoci a jejímu chronickému rozvoji je možné uspokojovat regresivní motivy a přání. Přijetí role nemocného sebou přináší i řadu výhod. Na důsledky onemocnění se každý ze zúčastněných a okolí dívá jinak a dává mu jiný význam. **Motivace** k léčbě a změně také vychází z faktorů prožívání onemocnění. OPD-2 rozlišují motivaci podle očekávání pacienta od léčby. Podle toho jestli směřuje spíše k somatickému nebo psychoterapeutickému modelu léčby.

5. Studium dokumentace z předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích

Často diskutovanou otázkou je, zda by měl terapeut získávat informace i z jiných zdrojů než od pacienta. Také je důležité zvážit, co s nimi dále. Nakládání s těmito informacemi je značně choulostivé. Sullivan (2006) dospěl k přesvědčení, že je důležité vést interview na základě toho, co se objeví během něj. Zároveň je ale možné nepřímo získané údaje využít k nenápadnému nasměrování rozhovoru.

Uvádí příklad, kdy mu vedoucí úřadu vlády poslal svého potenciálního budoucího zaměstnance, kvůli pochybnostem o jeho duševním zdraví, protože byl dva roky v psychiatrické léčbě. Během psychiatrického rozhovoru nic nenaznačovalo tomu, že by muž někdy trpěl duševní poruchou, a tuto možnost pokaždé kategoricky odmítal. Sullivan se ho proto velmi podrobně doptával na profesní životopis, a když došli na dané dva roky, doptával se. Muž nakonec začal mluvit o náročném rozvodu s manželkou, kvůli kterému byl hospitalizován (Sullivan, 2006).

Sullivan (2006) zdůrazňuje, že pacient si musí z rozhovoru něco odnést, a to by bylo ohroženo, pokud by terapeut hned ze začátku vytáhl esa z rukávu. Nicméně pokud pacient přichází pouze po předchozím objednání, sděluje mu všechny nevyvratitelné údaje oproštěné od důrazů na cokoliv. Důvěrný vztah mezi terapeutem a pacientem je v naší kultuře silně zakořeněný.

Přístup ke zprávám z jiných vyšetření se dá ošetřit formou kontraktu během úvodních sezení. Někdy zprávy přinese sám pacient.

6. Administrace dotazníkových metodik, strukturované interview

V této kapitole se budeme věnovat dotazníkům a strukturovaným interview, které se dají použít během adiktologického vyšetření. Dotazníky byly vyhledávány na základě rešerže ve vědecké databázi EBSCO a za použití dalších zdrojů jako jsou knižní publikace a webový vyhledávač Google. Dospěli jsme ke třem důležitým zdrojům, a to je banka evaluačních nástrojů EMCDDA (EIB – evaluation instrument bank, Evropské středisko pro drogy a drogové závislosti), australské review diagnosticko-screeningových nástrojů (Dawe et al., 2002) a review screeningových nástrojů vzniklé za podpory NADA (Network of alcohol and other drug agencies, Deady, 2009). Po vyloučení duplicit jsme si stanovovali další výběrová kritéria jako jazyk (pouze angličtina, případně čeština), volná dostupnost dotazníku (vyloučili jsme placené nebo nedohledatelné) a použitelnost pro dospělou populaci (vyloučili jsme specifické skupiny a děti).

V první tabulce této kapitoly (Tabulka 3) uvádíme screeningové dotazníky. Jejich účelem je prvotní rozpoznání problému. Jejich otázky většinou kopírují kritéria závislosti. V této práci se jim nebudeme věnovat dopodrobna, protože jejich využití je určeno k rychlému zhodnocení a v adiktologickém vyšetření je potřeba hlubšího vhledu. Není nutné je používat v přesné podobě, ale mohou být inspirací. Zprostředkovávají první představu o tom, zda má pacient problém s návykovou látkou.

Tabulka 3 Screeningové dotazníky

Screening						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky/čas	Forma	Látky	Jazyk
Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu	AUDIT , Babor et al., 2001	Včasnou detekci osob s rizikovou konzumací alkoholu	10 položek / 4 min.	dotazník	alko	Cz
Cut, Annoyed, Guilt, Eye-opener	CAGE , Ewing, 1984	identifikace problémů s alkoholem	4 položky	dotazník / rozhovor	alko	Cz
Michigan Alcoholism Screening Test	MAST , Selzer, 1971	identifikace problémů s alkoholem	24 položek	dotazník	alko	En
The Drug Abuse Screening Test	DAST , Gavin, et al., 1989	Mapování problémů s drogami	28 / 10 položek	dotazník	NL	Cz
30ti denní test abstinence	Randák, Víchova, 2010	Kalendářní metoda zaznamenávání			alko, gambling	Cz

Timeline Followback Method	TLBF , Sobell, 1992	Získává informace o množství konzumovaného alko	obvykle 3 měsíce		alko	En
The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST , WHO, 2002	Screening pro problémové nebo rizikové užití tabáku, alkoholu, konopí, kokainu, amfetaminu stimulantů, sedativ, halucinogenů, opioidů			NL, alko, tabák	En
Drug Use Disorders Identification Test	DUDIT , Berman et al., 2005	Týká se problémů spojených s užíváním drog u klinické populace, může být užitečný ve výzkumech veřejného zdraví	11 položek	dotazník	NL	En
The South Oaks Gambling Screen	SOGS , Nešpor, 1999	Dotazník mapující problémy s gamblingem	16 položek / 10-20 minut	dotazník	Gamb ling	Cz

Dotazníky zjišťující závažnost závislosti jsou uvedeny v Tabulce 4. Podobně jako screeningové dotazníky vycházejí z kritérií pro diagnózu závislosti. Nicméně jejich výsledek má vyšší výpovědní hodnotu. Mohou nám také přiblížit jaký typ léčby je vhodný.

Tabulka 4 Dotazníky zjišťující závažnost závislosti

Závažnost závislosti						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky /čas	Forma	Látky	Jazyk
Severity of Alcohol Dependence Questionnaire	SADQ , Stockwell, et al., 1994	Určený k měření závislosti na alkoholu, rozdělen do pěti podskupin: fyzické příznaky odvykání, afektivní příznaky odvykání, craving, pítí k oddálení abstinčních příznaků, spotřeba alkoholu	20 položek	dotazník	alko	En
Short Alcohol Dependence Data Questionnaire	SADD , Raistrick et al., 1983	Stejné zaměření jako SADQ	15 položek	dotazník	alko	En
Alcohol Dependence Scale	ADS , Skinner, Horn, 1984	Mapuje odvykací syndrom, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkání pít, zvýšenou toleranci alkoholu a chování zaměřené na vyhledávání příležitostí napít se	25 položek	dotazník	alko	Cz
Cannabis Problems	CPQ , Copeland et	Posouzení závažnosti problémů souvisejících s užíváním	22 položek	dotazník	marihuana	En

Questionnaire	al., 2005	marihuany				
Leeds Dependence Questionnaire	LDQ , Raistrick et al., 1994	Měří závislost, a také změny v úrovni závislosti, může být použit pro sledování postupu léčby, zhodnocení výsledků léčby. Také měří závislost u abstinujících pacientů.			alko, heroin, kuřáci	En
Severity of Dependence Scale	SDS , Gossop et al., 1995	Poskytují informaci o závažnosti závislosti na návykových látkách	5 položek	dotazník	opioidy	CZ
Substance Dependence Severity Scale	SDSS , Miele et al., 2000	Hodnocení míry závislosti na různých látkách, hodnocení výsledků léčby	30-45 minut	semi-strukturovaný rozhovor	NL	En
Fagerströmový test nikotinové závislosti	FTND , Králíková, 2004	Posouzení závažnosti nikotinové závislosti	6 položek / 5-10 minut	dotazník	nikotin	Cz

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je carving, neboli bažení, charakterizován jako „silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky“. Doprovází pacienty nejen v léčbě. Pokud se craving u klienta objeví, doprovází ho stres a zároveň zhoršení sebeovládání. U klientů se objevuje i oslabení paměti, soustředění a schopnosti se správně rozhodovat (Smetanová, 2017). V Tabulce 5 jsou příklady dotazníků doptávajících se na carving, následně v Tabulce 6 jsou dotazníky na odvykací stavy a abstinenční příznaky.

Nešpor (In Kalina, 2003) uvádí, že k řadě relapsů a recidiv dochází, aniž by postižený pociťoval craving. Důvodem může být, že je craving nedostatečně uvědomovaný a nerozpoznaný, což může mít více příčin:

1. Nedostatečná schopnost uvědomění.
2. Cravingové pocity mohou odrážet i to, co dotyčný obecně postrádá (např. intimitu, pocity sounáležitosti).
3. Příčinou nedostatečného sebeuvědomění může být i nadměrná únava související s nevyváženým životním stylem.
4. Craving také ovlivňuje nerealistické nároky na sebe a tendence si myšlenky související s cravingem zakazovat a nepřipouštět.
5. Rizikové je prostředí, kde může dojít k vyvolání chutí velmi rychle a téměř automaticky. Například v prostředí, kde jsou látky snadno dostupné a kde často dochází k jejich aplikaci.

Tabulka 5 Dotazníky hodnotící craving

Craving						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky/čas	Forma	Látky	Jazyk
Cocaine Craving Questionnaire	CCQ , Tiffany et al., 1993	Hodnotí touhu užít, plány a záměry, předávání pozitivního výsledku, nedostatečnou kontrolu	45 položek	dotazník	kokain	En
Marijuana Craving Questionnaire	MCQ , Heishman et al., 2001	Ptá se na demografii, historii užívání, pokusy o odvykání a současnou náladu	47 položek	dotazník	marihuana	En
Penn Alcohol-Craving Scale	PACS , Flannery et al., 1999	Soustředí se na frekvenci, intenzitu a trvání myšlenek o pití, jednotlivec hodnotí svou schopnost odolat chutím, a jaká je chuť během posledního týdne.	5 položek	dotazník	alkohol	En
Weiss Cocaine Craving Questionnaire	Weiss et al., 1995	Ptá se na intenzitu užívání, frekvenci, reakce na drogové podněty, předpokládanou pravděpodobnost užití	3-5 položek	dotazník	kokain	En
Brief Substance Craving Scale	BSCS	Intenzita a frekvence je zaznamenávána na 5stupňové škále	16 položek / 10 minut	dotazník	NL	En
Obsessive Compulsive Drug Use Scale	OCDUS	Reflektuje obsesi a kompulzi týkající se cravingu a chování vztahujícího se k užívání		dotazník	NL	En
Visual Analogue Scale	VAS	Zaznamenání nejsilnějšího cravingu v posledním týdnu na 100 mm škále		dotazník	NL	En

Tabulka 6 Dotazníky zjišťující odvykací stav a abstinenci příznaky

Odvykací stav a abstinenci příznaky						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky/čas	Forma	Látky	Jazyk
Amphetamine Withdrawal Questionnaire	AWQ	Zjišťuje odvykací příznaky od amfetaminu		dotazník	amfetamin	En
Amphetamine Cessation Symptoms Assessment	ACSA	Zjišťuje odvykací příznaky od amfetaminu	16 položek	dotazník	amfetamin	En
Clinical Opiate	COWS , Wesson et	Měření odvykacích symptomů z	11 položek	dotazník	opiáty	En

Withdrawal Scale	al., 2003	buprenorfinu				
Subjective Opioid Withdrawal Scale	SOWS , Handelsman et al., 1987	Subjektivní hodnocení odvykacích příznaků z opiátů na škále	16 položek / 10 minut	dotazník	opiáty	En
Objective Opiate Withdrawal Scale	OOWS , Handelsman et al., 1987	Podklad pro rozhovor a pozorování na hodnocení odvykacích příznaků z opiátů	10 minut	rozhovor a pozorování	opiáty	En

Marlatt a Gordonová (In Wallace et al., 2008) popisují vysoce rizikové situace, které ohrožují sebekontrolu jedince a zvyšují riziko relapsu. To, zda člověk uklouzne, určuje způsob jejich zvládnání. V Tabulce 7 jsou uvedeny dotazníky pracující s rizikovými situacemi.

1. Negativní emocionální stavy: Příčiny těchto stavů jsou většinou intrapersonální a mezi nejčastější patří frustrace, vztek, úzkost, deprese či nuda. Ke zvládnutí těchto pocitů Kalina (2015) uvádí, že klíčové je rozpoznat důvody, proč se klient cítí skleslý. Důležité je snažit se myslet pozitivně, nezůstávat o samotě, udělat si radost.

2) Intrapersonální konflikty: Patří sem negativní konfliktní vztahy s partnery, přáteli a členy rodiny i konfrontace v zaměstnání či v jiných sociálních situacích. Účinnou strategií v takovýchto situacích je co nejrychleji je opustit (Kalina., 2003, 2015).

3) Sociální tlak: Sociální tlak může být způsoben například setkáním s drogovým známým, který mi drogu nabídne. Může však být i nepřímý, kdy se závislý nachází v blízkosti osoby či skupiny, které užívají drogy, například na párty. Klient by se měl snažit takovým situacím vyhýbat, dopředu si plánovat jak zareaguje a učit se odmítat. Pokud se do takové situace dostane, může využít pomoc přátel (Kalina, 2003, 2015).

Tabulka 7 Dotazníky na rizikové situace

Rizikové situace						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky/čas	Forma	Látky	Jazyk
Situational Confidence Questionnaire	SCQ , Barber, 1991	Respondenti zvažují popsanou situaci a hodnotí své přesvědčení, že budou schopni své nutkání zvládnout	39 položek	dotazník	alko, verze pro heroin	En
Injecting Risk Questionnaire	IRQ , Center for Research on Drugs and Health Behaviour,	Posuzuje úroveň rizikového chování spojeného s injekčním užíváním	17 položek / 5 minut	dotazník / rozhovor	injekční	En

	1982					
Drug Avoidance Self-Efficacy Scale	DASES , Martin, 1992	Posuzuje důvěru klienta ve svou schopnost úspěšně zvládnout rizikové situace	16 položek	dotazník		En

Komplexnější posouzení závislostních problémů přináší dotazníky uvedené v poslední tabulce této kapitoly (Tabulka 8). V českém prostředí je nejznámější EuropASI (Evropský index závažnosti závislosti, Kokkevi, 1995) a MAP (Maudsley Addiction Profile, Marsden, 1998). Tyto dotazníky se doptávají na více oblastí, které souvisejí s užíváním návykových látek. Věnují se jak samotnému užívání, tak i například zdravotnímu stavu, právním problémům, sociální oblasti, psychologickým problémům, atd.

Tabulka 8 Dotazníky a strukturované rozhovory na celkové posouzení závislosti

Celkové posouzení						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky /čas	Forma	Látky	Jazyk
Opiate Treatment Index	OTI , Darke et al., 1995	Vytvořený za účelem měření efektivity drogových služeb. Měří 6 výstupů léčby, užívání drog, rizikové chování vzhledem k HIV, sociální fungování, kriminalitu, zdravotní stav, psychologické fungování.	20-30 minut	strukturovaný rozhovor	opiáty	CZ
Maudsley Addiction Profile	MAP , Marsden et al., 1998	Pokrývá 4 základní oblasti: užívání drog, rizikové chování, fyzické a psychologické zdraví a osobní/sociální fungování.	60 položek / 5-15 minut	dotazník	NL	Cz
Addiction Severity Index	EuropASI , Blacken et al., 1994	Pro diagnostickou evaluaci a hodnocení změny v klientově stavu a výstupech léčby. Nástroj předpokládá, že léčba uživatelů návykových látek je schopna zacílit všechny problémy, které mohou přispívat k a/nebo vycházet z užívání drog.	200 položek / 45 minut	strukturované interview	NL	Cz
Addiction Severity Index - Gambling	ASI-G , Oberg et al., 1999	Screening problémů s gamblingem	20 minut	strukturované interview	gambling	En
Brief Treatment Outcome Measure		Pro hodnocení výsledků léčby v konkrétních oblastech	10-20 minut			En
Health of the Nation Outcome Scale	HoNOS , Wing et al., 1998	Určený k hodnocení celkového zdravotního stavu a sociálního fungování duševně nemocných. Měří závažnost agrese, sebepoškozování, užívání alko a drog, paměť, orientaci,	12 položek			En

		fyzické problémy, poruchy nálad, halucinace a bludy, soc. vztahy a prostředí.				
--	--	---	--	--	--	--

7. Vyšetření alkotestem/drugtestem, odběr biologického materiálu/kapilární krve v případě potřeby dalších vyšetření

Nejčastěji se v adiktologických službách provádí orientační vyšetření na přítomnost návykové látky v těle. Testy je možné realizovat ze vzorků vlasů, potu, slin, moči, krve či dechové zkoušky. Testy z moči patří k nejčastěji využívaným typům testů, a to pro jejich nízké náklady, ale i vyšší koncentraci metabolitů drog. Na výběr je z testů multi-packů, které detekují přítomnost více látek nebo testů pouze pro jednu látku. Na pracovištích existují různá pravidla pro kontrolu odběru vzorku, protože může snadno dojít k falšování. Je důležité mít na zřeteli, že se jedná o testy screeningové, to znamená, že jejich výsledek může být i falešně pozitivní či negativní. Z důvodu objektivity by měl být laboratorně potvrzen. Jeho výsledek také neříká nic o kontextu, jednorázovosti nebo dlouhodobosti užívání, o množství a koncentraci v těle. Test také nedokáže určit, jestli se skutečně jedná o látku z léčiva či nelegální (Vondrová, 2016).

Další možností testování jsou testy na infekční onemocnění (HIV, HVC, HVB, Syfilis). Infekční nemoci patří mezi nejzávažnější zdravotní důsledky injekčního užívání. To vede v populaci uživatelů k vyšší nemocnosti a úmrtnosti než ve všeobecné populaci, ale také k ohrožení všeobecné populace (Šulcová, 2011). Publikace vydaná NMS (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti) definuje nezbytné podmínky pro testování na infekční nemoci v nízkoprahových zařízeních (Dolanská et al., 2004):

- Vhodné prostory
- Vnitřní směrnice nebo manuál pro odebrání vzorků, provádění testování, úklidu, likvidace, desinfekce
- Zajištění konfirmačního testu ve standardní laboratoři
- Vedení dokumentace
- Podávání hlášení o počtu vyšetření, nakažení (specifické pro každou nákazu)
- Dodržování mlčenlivosti
- Pracovníci jsou řádně proškoleni

8. Indikace dalších potřebných vyšetření

V této kapitole se budeme zabývat dalšími potřebnými vyšetřeními. Mezi tyto další vyšetření patří například psychiatrické, psychologické, právní poradenství, sociální práce a různá zdravotní vyšetření.

Nejdříve se v Tabulce 9 podíváme na dotazníky posuzující psychický, případně i zdravotní stav. Na jejich základě je možno indikovat potřebu bližšího zkoumání. V českém prostředí je velmi oblíbený dotazník SCL-90, což je devadesáti položkový screeningový dotazník, který umožňuje odhalit přítomnost psychopatologických, patopsychologických symptomů a osobnostních poruch. Respondent si u každé otázky vybírá z pětibodové škály, jak moc u sebe vnímá a do jaké míry ho obtěžovaly. Devadesát otázek v dotazníku je rozřazeno do devíti škál (somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, vztek, hostilita, fobie, paranoidita, psychoticismus).

Tabulka 9 Dotazníky a strukturované rozhovory na celkové posouzení možného výskytu dalších onemocnění

Celkové posouzení						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky / čas	Forma	Dimenze	Jazyk
Symptom Checklist-90-Revised	SCL-90 (R) , Derogatis, 1994	Umožňuje ověřit přítomnost existujících patopsychologických a psychopatologických symptomů a tedy posoudit možnost obtíží v chování a prožívání	90 položek / 12-15 minut	dotazník	somatizace, obsese a kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, anxiozitu, hostilitu, fobie, paranoidní myšlení a psychoticismus	Cz
Brief Symptom Inventory	BSI	Kratší varianta SCL-90, posuzuje psychologické symptomy v posledních 7 dnech u pacientů	53 položek	dotazník	stejně jako SCL-90	En
General Health Questionnaire	GHQ , Goldberg, Williams, 1988	Pro posouzení současného zdravotního stavu jedince, jeho situace a zdravotní historie včetně psychiatrických	60/28/12 položek	dotazník	zdravotní stav a historie	En

		problémů				
Brief Psychiatric Rating Scale	BPRS , Overall, Gorham, 1962	Posuzuje úroveň potíží	18 položek	rozhovor s pacientem a pozorování pacientova chování v předchozích 2-3 dnech	hostilita, podezřívavost, halucinace, grandiozita	En
Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis	RPMIP , McGorry, Copolov, Singh, 1990	Posouzení psychopatologie v průběhu psychotické epizody	6 hodin	potřeba vyškolení		En

V Tabulce 10 uvádíme již specifitější dotazníky, které posuzují konkrétnější patologie. Je možné je použít při podezření na dané poruchy. Je důležité zmínit, že samy o sobě neslouží k diagnostice, mohou být při ní ale nápomocny a mohou být podkladem k dalším vyšetřením. Například oblíbený Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988) hodnotí, jak vyplývá z názvu, míru úzkosti. To hraje důležitou roli při rozhodování o formě péče (Kamarádová et al., 2016). Zatímco mírné formy úzkosti je možno ovlivnit psychoterapií, v těžších případech je indikováno použití psychofarmak. Podobné to je i s Beckovým inventářem pro depresi (Beck et al., 1961), který posuzuje její závažnost a hloubku.

Tabulka 10 Dotazníky a strukturované rozhovory na posouzení možného výskytu dalších specifických onemocnění

Specifické posouzení						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky / čas	Forma	Dimenze	Jazyk
Beck Depression Inventory	BDI , Beck, Steer, 1987	Posuzuje symptomy a formy deprese	21/13/11 položek	dotazník	deprese	Cz
Beck Hopelessness Scale	BHS , Beck, Steer, 1987	Měří beznaděj a negativní představy o budoucnosti, výsledky se dají propojit i s rizikem sebevraždy.	5-10 minut	dotazník	beznaděj	En
Beck Scale for Suicidal Ideation	BSS , Beck, Steer, 1991	Posuzuje myšlenky, plány a intence ke spáchání sebevraždy	19 položek / 5-10 minut	dotazník	riziko sebevraždy	
Spielberger State Trait Anxiety Scale	STAI , Spielberger et al., 1983	Zjišťuje přechodné a situační i trvalejší osobnostní charakteristiky spojené s úzkostí	40 / 20 položek / 5-10 minut	dotazník	úzkost	Cz

Beck Anxiety Inventory	BAI , Beck, Steer, 1990	Posuzuje závažnost úzkosti	21 položek / 5-10 minut	dotazník	úzkost	Cz
Impact of Events Scale	IES , Horowitz et al., 1979	Inventář stupně subjektivního stresu, který se rozvíjí následkem určité události, mapuje míru příznaků PTSD - vyhýbání a narušení	15-20 položek	dotazník	stres spojený s událostmi	En
Eating Attitudes Test	EAT , Garner, Garfinkel, 1979	Screeningový test detekující narušení stravovacích návyků	40/26 položek	dotazník	jídlo	Cz
Eating Disorders Inventory II	EDI , Garner, 1991	Screeningový test detekující narušení stravovacích návyků	91 položek	dotazník	jídlo	En
Bulimic Investigatory Test - Edinburgh	BITE , Henderson, Freeman, 1987	Posuzuje kognitivní a behaviorální aspekty bulimie	33 položek	dotazník	bulimie	Cz
The Psychosis Screener	PS , Degenhardt et al., 2005	Položky pokrývají rysy psychotických poruch: bludy, poruchy myšlení a pasivitu	7 položek	dotazník	schizofrenie	En
The Traumatic Life Events Questionnaire	TLEQ , Kubany et al., 2000	Hodnotí opakované prožívání příznaků spojených s traumatem: intenzivní strach, bezmoc, pokračující hrůza	21/16 položek / 5-10 minut	dotazník	trauma	En
The Primary Care PTSD Screen	PC-PTSD , Prins et al., 2003	Velmi krátký dotazník navržený pro screening PTSD ve zdravotnických zařízeních	4 položky	dotazník	PTSD	En
The PTSD Symptom Scale Self-Report	PSS-SR , Foa et al., 1993	Screening pro PTSD	17 položek	dotazník	PTSD	En
Trauma Screening Questionnaire	TSQ , Brewin et al., 2002	Screening traumatu	10 položek	dotazník	trauma	En
The Diagnostic Interview for Adults	DIVA , Kooij, Francken, 2012	Určuje přítomnost symptomů ADHD v dětství i v dospělosti.		stukturované interview	ADHD	Cz

The PTSD Checklist	PCL , Weathers et al., 2003	Doptává se na kritéria PTSD podle DSM-III-R	17 položek	dotazník	PTSD	En
Body Dysmorphic Disorder Questionnaire	BDDQ , Phillips, 1996	Screening pojetí těla	12 / 9 / 7 položek	dotazník	Dysmorf ní porucha	En

Doposud jsme se věnovali dotazníkům mapujícím projevy různých patologií, a proto přidáváme Tabulku 11, která se naopak soustředí na zdroje, resilienci a naději pacienta. Výhodou těchto dotazníků je obrácení pozornosti pozitivním směrem a nepatologizující přístup.

Tabulka 11 Pozitivní dotazníky

Pozitivní dotazníky						
Nástroj	Zkratka	Stručný popis	Položky / čas	Forma	Dimenze	Jazyk
The Recovery Assessment Scale	RAS , Giffort et al., 1995	Zjišťuje copingové strategie a kvalitu života	41 / 24 položek / 10-15 minut	dotazník	důvěra a naděje, ochota požádat o pomoc, orientace na cíl a úspěch, spoléhání se na ostatní	En
Dispositional Hope Scale	DHS , Snyder et al., 1991	Pracuje s pozitivním motivačním stavem, který je založen na interakci mezi cílovou energií a plánováním cílů	12 položek	dotazník	naděje	En
Stages of Recovery Instrument	STORI , Andresen, 2006	Měří recovery se zaměřením na duševní zdraví	50 položek	dotazník	duševní zdraví, psychologická pohoda, naděje, resilience a recovery	En
Dotazník kvality života	WHOQOL , Dragomirecká, Bartoňová, 2006	Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům	100/26 položek	dotazník	kvalita života: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života	Cz

Dále bychom se chtěli soustředit také na různé strukturované či polostrukturované interview.

CIDI (Composite International Diagnostic Interview, Kessler, Üstün, 2004) je strukturovaný rozhovor k posouzení psychického onemocnění podle kritérií MKN 10 a DSM IV. Zahrnuje posouzení poruchy příjmu potravy, organické duševní poruchy, závislosti, schizofrenní poruchy, paranoidní poruchy, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, posttraumatické stresové poruchy, somatoformní poruchy, disociativní poruchy a psycho-sexuální poruchy.

CCRT (The core conflictual relationship theme method, Luborsky, L., 1998) je rozhovorová metoda, která na základě narativního materiálu zjišťuje vztahové epizody ovlivňované nevědomým konfliktem a povahou objektivních vztahů.

STIPO (Structural Interview of Personality Organization, Clarkin et al., 2003) navazuje na Kernbergův rozhovor (1981) a cílí na vyhodnocení organizace osobnosti. Jedná se o semistrukturovaný rozhovor. Rozlišuje mezi normální, neurotickou, hraniční oblastí osobnosti nebo psychotickou organizací. Posuzuje také konsolidaci identity, kvalitu objektivních vztahů, používání vyspělých či primitivních obran, způsob testování reality a povahu percepčních distorzí, kvalitu agrese a morální hodnoty (Clarkin et al., 2004). STIPO hodnotí opakující se způsoby pojetí sebe a druhých ve vzájemné interakci z pohledu teorie objektivních vztahů.

PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM Task Force, 2006) se zaměřuje hlavně na proces a vývoj osobnosti a její komplexnost v emoční, sociální i biologické oblasti. Skládá se ze tří os. První osa P se zabývá Osobnostními vzorci a poruchami, zkoumá jaké je obecné fungování člověka od zdraví až po závažnější patologii; a jak je jeho duševní fungování uspořádáno. Druhou osou je M, Duševní fungování, která se zabývá bližším pohledem na emoční fungování člověka a stupně osobnostní patologie, posuzují se schopnosti seberegulace; navazování a udržování vztahů; vyjadřování, organizace a prožívání emocí; reprezentace, rozlišování a integrace zkušeností; využití copingových strategií a obran; pozorování sebe a ostatních; a vytváření vnitřních standardů. Poslední osa, osa S – Manifestní symptomy a obavy, se zabývá deskriptivní diagnostikou (Peřich, 2016).

Cílem **AAI** (Adult Attachment Interview, George et al., 1985) je zachytit současnou reprezentaci raných vazeb.

SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV, First et al, 2015) je klasickým standardem pro určování psychiatrické diagnózy a posouzení základních prvků onemocnění. Vychází z americké DSM-IV.

OPD-2 (Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika, pracovní skupina OPD, 2013) představuje snahu k vytvoření paralelu ke kategoriálním klasifikačním systémům. Skládá se z pěti os, které posuzují aspekty duševního fungování a patologie: I. Subjektivní prožívání

nemoci a předpoklady pro psychotherapeutickou léčbu, II. Interpersonální vztahy a opakující se dysfunkční vztahové vzorce, III. Intrapsychické konflikty, IV. Osobnostní struktura a V. Duševní a psychosomatické poruchy (dle MKN-10). Na základě výstupů formulují ohniska, podle kterých je možné plánovat léčbu a volit konkrétní terapeutické postupy a následně měřit pokrok terapie.

Pro většinu těchto rozhovorů je typické střídání strukturované části (k zaznamenání symptomů a jejich subjektivního prožívání pacientem, k zachycení biografických dat, explorační vztahových vzorců) a nestrukturované části (dovoluje projevení a interakci nevědomým významům) (Holub a Telerovský, 2013). Výhodou je jejich kvantifikovatelnost a ověřitelnost, nevýhodou je u většiny z nich potřeba nákladných školení a pořízování.

Na závěr této kapitoly by se mohlo zdát, že jsme ji orientovali hlavně psychologickým, psychiatrickým, případně zdravotním směrem. Je však nutné pozvednout také důležitost práce s právními a sociálními problémy. Jejich zjišťování a mapování jsme se věnovali hlavně v kapitole Podrobné osobní anamnézy a v rámci Administrace dotazníkových metod, strukturované interview.

9. Vyhodnocení získaných poznatků

Mezi terapeuty existují odlišné názory na to, zda si psát poznámky či nikoli. Od terapeuta se očekává, že má přemýšlet nad tím, co mohl pacient myslet tím, co říká; uvažovat, jak má sám co nejlépe formulovat, co chce říct; zároveň pozorovat všeobecné vzorce toho, jak se mluví a co se děje. K tomu všemu si může dělat poznámky. Nicméně je potřeba to udělat tak, aby tím nenarušoval probíhající věci teď a tady (Argelander, 1998).

10. Edukace pacienta

Sullivan (2006) vkládá edukaci pacienta do způsobu, jakým ukončuje sezení. To by mělo obsahovat následující čtyři kroky:

- (1) Závěrečné prohlášení - terapeut na závěr shrne, co se během rozhovoru dozvěděl; rekapitulace,
- (2) Doporučení činností a opatření – doporučí, jakým činnostem by se pacient měl dále věnovat,
- (3) Závěrečné zhodnocení – terapeut shrne předchozí dva body a doplní zhodnocení předpokládaného dopadu na život,
- (4) Formální rozloučení.

Způsob a rozsah edukace závisí i na zakázce a očekávání klienta a na jeho fázi motivace. U pacientů v počáteční fázi změny zahrneme edukaci o bezpečnějším užívání (harm reduction), u pacientů po léčbě pak budeme volit spíše prevenci relapsu.

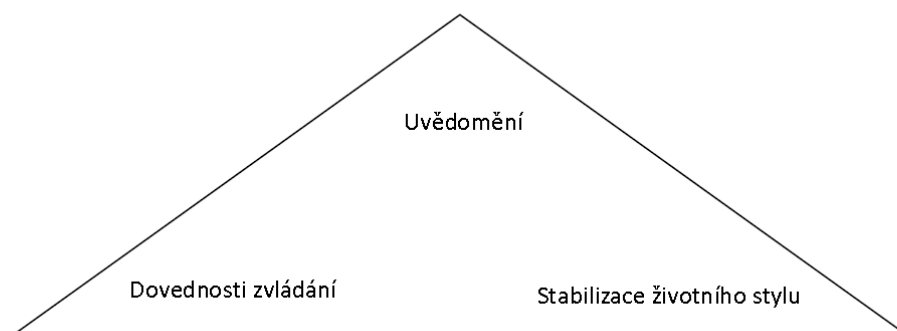
Principem prevence relapsu je uvědomění si touhy po droze a její zvládnutí (Kuda, 2008).

Patří mezi ně:

1. Touha po droze je přirozenou součástí a následkem závislosti a objevuje se i dlouho po započaté abstinenci.
2. V určitých situacích může být touha po droze silnější.
3. Totální abstinence je nejjistějším, nejrychlejším a nejjednodušším způsobem, jak se touhy po droze zbavit.
4. Odhodlání a silná vůle jsou důležité, ale ještě více změna životního stylu - získání přátel a podpory, objevení nových způsobů, jak se dostat do pohody a užívat si, jak osobně růst - může snižovat touhu a její nebezpečí pro vaše vyléčení. Skutečná síla se zvyšuje postupně s časem, prací a podporou.
5. Může dojít k relapsu, a pokud se to stane, je vhodné rychle vyhledat pomoc. Měli byste mít plán, podle kterého budete postupovat, pokud se to stane. Relaps neznamená zklamání nebo promrhanou vynaloženou námahu. Znamená, že je potřeba se z něj poučit a lépe plánovat či mít větší podporu.
6. Přestože je touha po droze přirozeným důsledkem předchozí závislosti, každý má svobodu volby: může se ji pokoušet zmenšovat a bojovat s ní.

Cíle prevence relapsu znázorňuje Obrázek 1. Jde o pomoc pacientovi identifikovat rizikové situace a zvládat je.

Obrázek 1 Cíle prevence relapsu

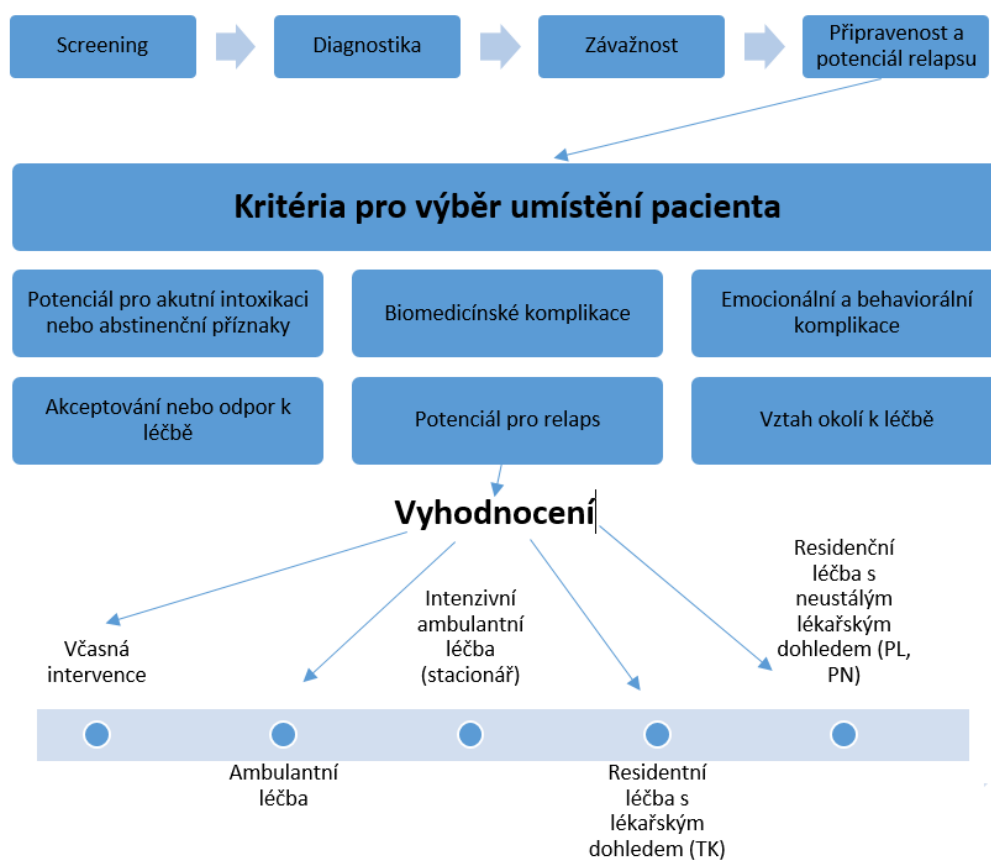


Zdroj: Kuda, 2008, str. 230

11. Navržení vhodného postupu léčebných intervencí

V tomto bodě vyšetření by se měl na základě vyhodnocení získaných poznatků navrhnout vhodný léčebný postup, včetně léčebných intervencí. K tomu mohou být nápomocná **Kritéria ASAM** (American Society of Addiction Medicine, Mee-Lee, 2013), také známá jako Kritéria ASAM pro umístění pacientů. Pomáhají prostřednictvím vícerozměrného hodnocení pacienta individualizovat léčebné plány. Proces využití kritérií vidíte na Obrázku 2.

Obrázek 2 Kritéria ASAM



Jednotlivé dimenze jsou sestaveny podle bio-psycho-sociálního systému.

- Potenciál pro akutní intoxikaci a abstinenční příznaky znamená zmapování historie užívání návykových látek. Frekvence a množství látek, popřípadě předchozí zkušenosti s abstinenčními příznaky.
- Biomedicínské komplikace se věnují zdravotnímu stavu a současné fyzické kondici.
- Emocionální a behaviorální komplikace zjišťují psychický stav jedince a jeho duševní zdraví.
- Akceptování nebo odpor k léčbě a ke změně se zaměřuje na motivaci a zájem pacienta ke změně a k danému typu léčby.

- Potenciál pro relaps zjišťuje rizikové situace pacienta.
- Vztah okolí k léčbě se zaměřuje na bydlení pacienta, jeho okolí, včetně sociálního.

Dalším způsobem, jak se podívat na vhodnost léčby, je skrze dotazník **CMRS** (Scales for Substance Abuse Treatment, De Leon, 1994). Zjišťuje motivaci a připravenost k léčbě, aby předpověděl retenci. Má 18 položek a jeho vyplnění zabere přibližně 10 minut. Nástroj se zaměřuje na faktory odvozené od: Okolností (Circumstances) jako vnější vlivy pro vstup do léčby a vnitřní možné vlivy na opuštění léčby; Motivace (Motivation), což je vnitřní uznání potřeby změny; Připravenosti na léčbu (Readiness for treatment) a Vhodnosti (Suitability).

OPD-2 (2013) se ve svém vyhodnocení věnuje jak ohniskům terapie, tak i plánování léčby. Při vyjasňování indikace pacienta k léčbě postupuje v následujících krocích, které volně upravuje pro využitelnost v adiktologii:

1. Je přítomna porucha, kterou je potřeba léčit, a zvláště taková, která vyžaduje naši léčbu (v našem případě závislostního charakteru)?
2. Je pacientovo subjektivní utrpení dostatečně motivující, aby chtěl něco změnit?
3. Jaké aspekty zahrnuje pacientův popis problému (psychosociální, zdravotní, právní aspekty)?
4. Je pacient v zásadě motivován pro nějakou formu léčby?
5. Má pacient dostatek vnitřních zdrojů, aby se na řešení problému mohl podílet?
6. Vyskytují se vnitřní nebo vnější překážky bránící léčbě nebo brání v ní pokračovat, případně jsou nějaké zřejmé sekundární zisky z nemoci?

Ptáme se proto na délku onemocnění atd. Je zřejmé, že závažnější forma onemocnění bude vyžadovat intenzivnější a delší léčbu.

V případě, že je podle OPD-2 indikována psychoterapeutická péče, stanovují se dále její ohniska. Ty se určují na základě zhodnocení vztahů, konfliktů a struktury (v psychoanalytickém slova smyslu). Za ohniska se považují ty charakteristiky, které způsobují a udržují poruchu, a hrají klíčovou roli v psychodynamice klinického obrazu. Volba ohnisek je ovlivněna nejen poruchou, ale i okolnostmi terapie jako je časové omezení.

12. Cíle výzkumu

Cílem této diplomové práce je návrh struktury Vstupního adiktologického vyšetření pro Adiktologickou ambulanci Kliniky adiktologie. V dalším kroku je pak cílem pilotní ověření v praxi, v prostředí adiktologické ambulance a zpracování zkušeností adiktologa s tímto návrhem.

13. Výzkumné otázky

Jaké položky a proč by měly být obsaženy ve vstupním adiktologickém vyšetření Adiktologické ambulance Kliniky adiktologie (ADA)?

Jak by mohla vypadat struktura vstupního adiktologického vyšetření v ADA?

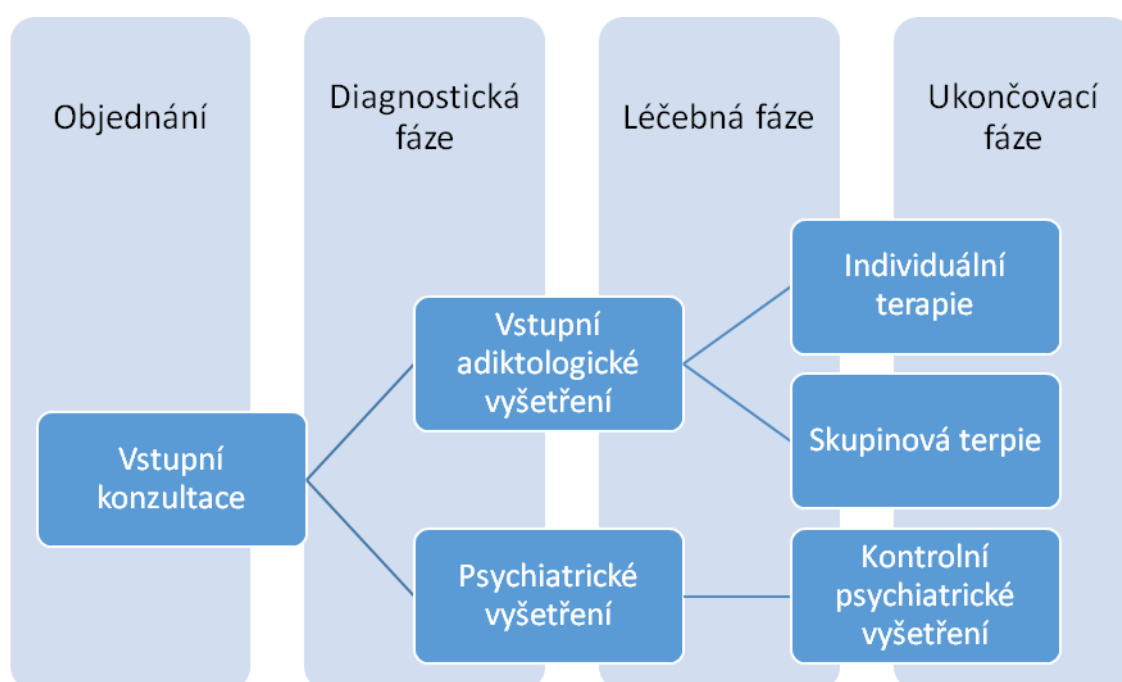
Jaká je zkušenost s tímto rozhovorem v praxi?

14. Adiktologická ambulance Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze

Adiktologická ambulance Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze je zdravotnické zařízení, které poskytuje odbornou pomoc osobám bez rozdílu věku, které mají problémy s nelátkovou či látkovou závislostí. Pomáhá také rodinným příslušníkům a osobám blízkým. Do ambulance patří program pro dospělé (ADA), dále Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA), která vznikla jako první svého druhu. Pod ambulanci patří také Program léčby pro dětské a dospělé patologické hráče a Online adiktologická poradna. Program pro děti a adolescenty má svá specifika a odlišnosti, proto se v této práci budeme věnovat ambulanci pro dospělé.

Proces v ADA začíná tím, že se klient objedná na vstupní indikační pohovor k adiktologovi a to buď telefonicky nebo e-mailem. Na tomto pohovoru dochází k základnímu zmapování problému a potřeb. Na základě zhodnocení probíhá matching a pacient buď zůstává v ADA nebo je referován do jiné služby, je mu zprostředkována jiná péče v rámci Kliniky (např. detox, případně lůžkové oddělení) nebo je odeslán do jiného zařízení. Pokud klient zůstává v ADA, je mu přidělen garant (adiktolog nebo psycholog), čeká ho vstupní psychiatrické vyšetření (anamnéza, stanovení diagnózy, případně farmakoterapie) a vstupní adiktologické vyšetření. Psychologické vyšetření, edukace v oblasti práce a sociální práce, kognitivní trénink a zdravotní vyšetření se provádí v případě indikace. Na diagnostickou fázi vyplněnou vyšetřeními může navazovat terapeutická, která je realizována individuálně nebo skupinově, případně obojím způsobem zároveň. Proces je zachycen na Obrázku 3.

Obrázek 3 Proces průchodu ADA



Osobnost a zažité nefunkční vzorce chování nelze změnit během jednoho sezení. Terapie působí v čase a je tedy dlouhodobá. Konec léčby vyplývá z individuálního plánu a průběžně o něm hovoří a rekapituluje.

Délku léčby ovlivňuje míra závislosti, přítomnost tělesných či psychických poškození, míra problémů (zejména rodinných a partnerských), rychlost, jakou terapie postupuje, a celá životní situace. Závislost je dlouhodobý a komplexní problém, a proto vyžaduje i takový přístup.

Počet a charakteristika pacientů ADA za rok 2016 jsou uvedeny v Tabulce 12. Celkem navštívilo ADA 391 dospělých pacientů, nejvíce z nich mělo primární problémy s alkoholem.

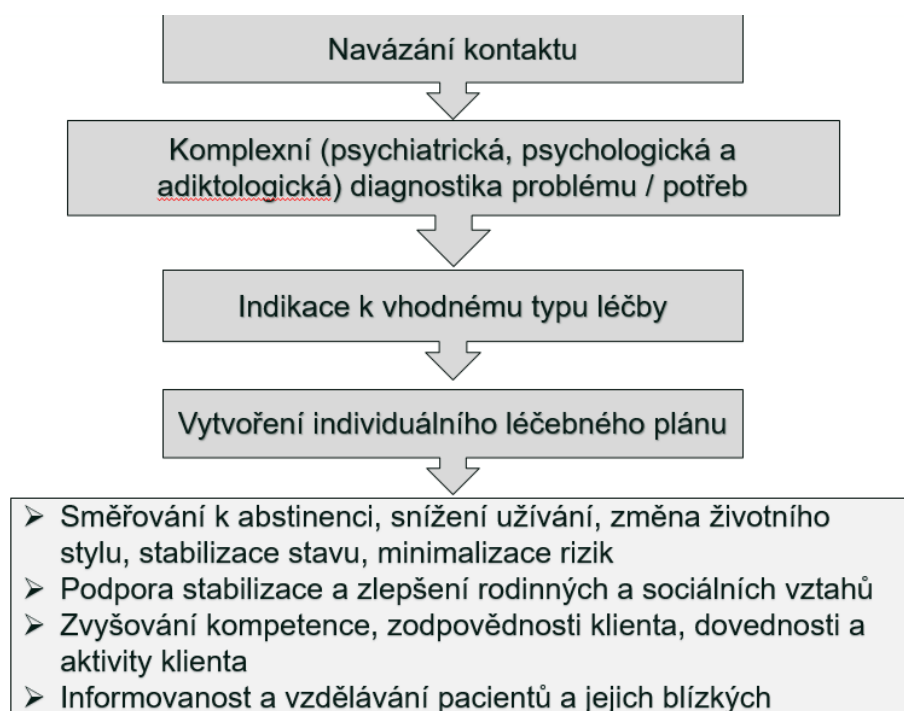
Tabulka 12 Počet a charakteristika pacientů ADA za rok 2016

	≤ 18 let	≥ 19 let	Celkem
Počet klientů	112+126 rodičů	391	503
- se základní drogou alkohol	15	184	199
- se základní drogou heroin	0	17	17
- se základní drogou pervitin	21	42	63
- se základní drogou kanabinoidy	49	18	67
- kombinace více látek jako zákl. dg.	16	33	49
- s dg. z oblasti nelátkových závislostí	29	43	72
Počet kontaktů	1139	2097	3236
Počet anonymních kontaktů	562	2160	2722

Zdroj: Šťastná, 2017

K obecným cílům, které si ADA klade, patří jak směřování k abstinenci, tak i snížení užívání či harm reduction. K tomu se pojí i změna životního stylu a stabilizace. Důležitým principem je pak zvyšování kompetence a zodpovědnosti pacienta. Bližší informace jsou v Obrázku 4.

Obrázek 4 Cíle služby



Zdroj: Šťastná, 2017

Pokud se tedy znovu podíváme na Obrázek 3 s procesem průchodu ADA, vidíme, že nejdříve pacient absolvuje vstupní indikační pohovor, a až poté vstupní vyšetření. Jak už jsme uvedli výše, je nezbytné, aby adiktologické vyšetření odpovídalo zaměření a úkolům dané instituce. Postupně se budeme věnovat oběma výkonům.

15. Vstupní indikační pohovor

15.1. Současný stav

Na vstupní indikační pohovor se může objednat kdokoliv. Jde tedy o osoby s širokou škálou problémů (uživatelé drog, pacienti s komorbiditou, pacienti s nelátkovou závislostí, atd.), v různém stádiu vývoje problémů (experimentující, problémoví uživatelé či závislí).

Cílem tohoto pohovoru je navázání kontaktu a zprostředkování zkušeností s institucí pracující se závislými lidmi. Tato zkušenost může ovlivnit další průchod pacienta systémem. Přijetí a podpoření ve správné léčbě mají výrazný vliv na další motivaci a například drop-out (Kalina, 2008). Cílem je také rychlé zhodnocení potíží, intervence, edukace a matching. Zkráceně se hledají odpovědi na otázky: proč tu jste, kdo jste, co potřebujete a kde to můžete nalézt.

V indikačním pohovoru můžeme nalézt principy case managementu, a to Brokerského modelu. Ten pomáhá identifikovat pacientovy potřeby a propojovat je se zdroji. Předpokládá, že pacient dobrovolně využije potřebné služby, pokud se dozví, že jsou k dispozici a jak se k nim může dostat. Tento model je sice v diskuzích občas znevažován, kvůli omezené povaze vztahu mezi terapeutem a pacientem, ale současně se ukázal jako užitečný ve vybraných situacích, protože umožňuje poskytovat služby více klientům, a také pomáhá zorientovat se ve službách a poskytnout kontakt (Center for Substance Abuse Treatment, 1998). V ADA se v rámci indikačního pohovoru snaží identifikovat potřeby pacientů (assessment) a pomoci vyhledat zdroje (linking, referral). Plánování (planning, goal-setting) je omezeno na jedno či dvě sezení, takže nejde o dlouhodobý vztah. Je nabídnut opakovaný kontakt v případě potřeby, ale sledování (monitoring) není standardní součástí, a také nezahrnuje obhajování zájmů pacienta (advocacy).

V ADA se z dané intervence pořizuje zápis do dokumentace v následující struktuře:

Aktuální stav:

Th.:

Diagnostická rozvaha:

Návrh léčby, doporučení:

15.2. Návrh

Jak už jsme uvedli v teoretické části, dokonce i před skutečným setkáním adiktologa a pacienta lze vnímat specifika situace. Vnímáme:

Jakým způsobem se pacient objednal? Jak komunikoval v telefonu? Nebo šlo o náhodné setkání v čekárně bez předchozí domluvy? Ujišťoval se pacient o místě ordinace? Přichází v čas? Atd.

V počátku rozhovoru bychom pacienta měli **informovat o cíli rozhovoru a časovém ohraničení, zběžně kontraktujeme obsah**. Sullivan (2006, str. 85) doporučuje vyložit karty na stůl a shrnout pacientovi to, co o něm zatím víme. Pacient má pak možnost na naše sdělení reagovat, případně ho i poopravit a uvést na pravou míru.

„Tento kolega mi vás posílá, abychom spolu probrali vaše obtíže s alkoholem a mluvili o možnostech, co dále.“

Zároveň mu můžeme nechat co nejvíce prostoru pro vlastní sdělení (Holub a Telerovský, 2013). Například lze použít větu:

„Máme asi hodinu na rozhovor, ve kterém se společně pokusíme lépe porozumět vašim potížím. Povězte mi, s čím přicházíte?“

Pacient poté obvykle mluví o svých problémech. Někdy se zaměřuje na somatické komplikace, někdy na citové a vztahové obtíže. V této fázi můžeme nechat pacienta volně mluvit, a postupně tak získávat první představu o obrysech pacientovy problematiky, o vážnosti a povaze jeho problémů.

V následující části vycházíme z Levensonové (2016) Krátké terapie a kroků, které používá při diagnostickém posouzení při formulování případu v TLDP. Tyto kroky nejsou jasně odděleny a nejsou přímo po sobě, jde o proces sezení. Jsou upraveny pro naše použití při indikačním pohovoru. Terapeut při nich:

1. Nechá pacienta, aby svůj příběh (problém, který ho přivádí) vypověděl vlastními slovy a vlastním způsobem.
2. Věnuje pozornost emočnímu zabarvení příběhu (včetně neverbálních známek).
3. Zkoumá emočně-interpersonální kontext týkající se symptomů nebo problémů.
4. Provádí ukotvenou anamnézu.

V rámci indikačního pohovoru není prostor na celý pacientův příběh, ale pacient zevrubně představuje svůj problém. Z toho důvodu navrhujeme přeformulování příběhu na problém. Adiktolog v počátku nechává pacienta mluvit, místo aby spoléhal na tradiční anamnestický pohovor, který zjišťuje konkrétní údaje jako vzdělání atd. (**1. krok**). Adiktolog vnímá, **jak**

pacient vypráví (nesměle, dramaticky, jako pohádku, ...) a dále **co** uvádí (množství informací, jaké jsou), co vynechává (např. stále zmiňuje svůj somatický stav a nic nevíme o jeho vztazích). Vnímá emoční nádech klientova vyprávění (**2. krok**). Zkoumá interpersonálně-emoční kontext symptomů a problémů (**4. krok**). Kdy užívání začalo? Co se v té době dělo? Kdy pacient užívá? Tato část je více strukturovaná. Adiktolog se doptává na konkrétní anamnézu problému s návykovou látkou. Poté se doptává dále a vyprávění rozšiřuje do ukotvené anamnézy (**2. krok**). To pomáhá adiktologovi i pacientovi pochopit pacientovy konkrétní skutky a pocity. Levenson (2016, str. 78) uvádí příklad ze své praxe:

„Pacient jí vypráví, že poté, co ho dcera nepřišla navštívit, tak začal pít. Ona se ho zeptala na další případy toho, kdy se cítil přehlížený nebo opuštěný.“

Při vyhodnocení navrhuje zahrnout **Kritéria ASAM** (Mee-Lee, 2013), které svými šesti dimenzemi postupují dle bio-psycho-sociálního systému:

- Potenciál pro akutní intoxikaci a abstinční příznaky. To znamená zmapování historie užívání návykových látek. Frekvence a množství látek, popřípadě předchozí zkušenosti s abstinčními příznaky.
- Biomedicínské komplikace se věnují zdravotnímu stavu a současné fyzické kondici.
- Emocionální a behaviorální komplikace zjišťují psychický stav jedince a jeho duševní zdraví.
- Akceptování nebo odpor k léčbě a změně se zaměřuje na motivaci a zájem pacienta ke změně a k danému typu léčby.
- Potenciál pro relaps zjišťuje rizikové situace pacienta.
- Vztah okolí k léčbě se zaměřuje na bydlení pacienta, na jeho okolí, včetně sociálního.

Míra vstupů adiktologa může být díky krátkodobosti kontaktu vyšší. Aktivita je smysluplná v rozsahu nezbytném k udržení zaměření a k rozvoji cílů sezení. Může nabízet i poskytování rad a otevřené usměrňování či konfrontování. Je ale důležité být vůči pacientovi a jeho potřebám citlivý. Tyto intervence mohou vycházet jak z motivačních rozhovorů, tak i z prevence relapsu. Pro matching je ovšem také důležité vzít v úvahu současné kapacitní možnosti ambulance a mít vytvořenu kvalitní síť jiných služeb.

Dle Sullivana (2006) můžeme na závěr rozhovoru vložit edukaci pacienta, jako způsob, kterým ukončíme sezení. Toto by mělo obsahovat následující čtyři kroky:

- (1) Závěrečné prohlášení - adiktolog na závěr shrne, co se během rozhovoru dozvěděl; rekapitulace,
- (2) Doporučení činností a opatření - doporučí, jakým činností by se pacient měl dále věnovat, například abstinovat či omezit užívání. Co je vhodné dělat pro to, aby se to povedlo, a předá kontakty, pokud to z rozhovoru vyplynulo,

(3) Závěrečné zhodnocení – adiktolog shrne předchozí dva body a doplní zhodnocení předpokládaného dopadu na život,

(4) Formální rozloučení.

Navrhované fáze rozhovoru jsou pro přehlednost uvedeny v Tabulce 13.

Tabulka 13 Navrhované fáze rozhovoru

Fáze	Co se děje
Způsob objednání	Jakým způsobem se pacient objednal? Jak komunikoval v telefonu? Nebo šlo o náhodné setkání v čekárně bez předchozí domluvy? Ujist'oval se pacient o místě ordinace? Přichází v čas?
Navázání kontaktu	„ <i>Tento kolega mi vás posílá, abychom spolu probrali vaše obtíže s alkoholem a mluvili o možnostech, co dále.</i> “ „ <i>Máme asi hodinu na rozhovor, ve kterém se společně pokusíme lépe porozumět vašim potížím. Povězte mi, s čím přicházíte?</i> “
Pacientův popis problémů	Adiktolog vnímá, jak pacient vypráví (nesměle, dramaticky, jako pohádku, ...) a dále co uvádí (množství informací, jaké jsou), co vynechává (např. stále zmiňuje svůj somatický stav a nic nevíme o jeho vztazích).
Emoční příběh a pozorování zabarvení a další	Projevované i neprojevované emoce, celkový dojem, vzhled klienta, řeč, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní), jeví-li klient známky akutní intoxikace nebo odvykacího stavu.
Anamnéza návykových onemocnění	Způsob aplikace, doba užívání, dávky, věk při první zkušenosti, emočně-interpersonální kontext užívání, psychické obtíže (toxická psychóza, deprese, flashbacky, úzkostné stavy, suicidiální pokusy), předávkování, odvykací stav, tělesné obtíže spojené s abusem, jiné problémy spojené s užíváním drog (pracovní, studijní, společenské, řízení pod vlivem drogy, i když klient nebyl přistížen).
Ukotvená anamnéza	Osobní, zdravotní, pracovní, rodinná, právní, atd.
Zhodnocení potíží	1. Je přítomna porucha, kterou je potřeba léčit a zvláště taková, která vyžaduje naši léčbu? 2. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenci příznaky 3. Které aspekty zahrnuje pacientův popis problému (psychosociální, zdravotní, právní)? 4. Biomedicinské stavy nebo komplikace 5. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace 6. Akceptování nebo odpor k léčbě - Je pacientovo subjektivní utrpení dostatečně motivující, aby chtěl něco změnit? Je pacient v zásadě motivován pro nějakou formu léčby? Má pacient dostatek vnitřních zdrojů, aby se na řešení problému mohl podílet? 7. Potenciál pro relaps 8. Vztah okolí k léčbě - Vyskytují se vnitřní nebo vnější

	překážky bránící léčbě nebo jejímu pokračování, případně jsou nějaké zřejmé sekundární zisky z nemoci?
Intervence	Edukace, práce s motivací, prevence relapsu, rekapitulace, poskytování rad a otevřené usměrňování či konfrontování, ale s vědomím pacientových potřeb a možností.
Na závěr doporučení činností a opatření	Doporučení, jakým činností by se pacient měl dále věnovat, například abstinovat či omezit užívání. Co je vhodné dělat pro to, aby se to povedlo, předání kontaktů, pokud to z rozhovoru vyplynulo.
Závěrečné zhodnocení	Rekapitulace, zhodnocení.
Formální rozloučení	

Struktura by neměla být brána doslovně. Přílišná struktura je rigidní. Návrh struktury pořizovaného záznamu navrhujeme následovně. Vytvořený rozhovorový list je v příloze 1.

Aktuální stav (pacientův popis problému – co a jak uvádí):

Emoční zabarvení příběhu:

Anamnéza návykových onemocnění:

Symptomy závislosti:

Craving:

Kontrola nad užíváním:

Somatický odvykací stav, užívání k jeho odvrácení:

Tolerance:

Zanedbávání zálib:

Pokračování usu přes jasný důkaz následků:

Symptomy hráčství:

1. Zaměstnává se hazardní hrou:

2. Zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry:

3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat:

4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost:

5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu:

6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět:

7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou:
8. Dopustil se ilegálních činů, jako jsou padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry kvůli hazardní hře:

Anamnéza zdravotní, osobní, pracovní, rodinná, právní, ...:

Th. (použité intervence):

Diagnostická rozvaha (zhodnocení potíží):

1. Je přítomna porucha, kterou je potřeba léčit a zvláště taková, která vyžaduje naši léčbu?
2. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky
3. Zahrnuje pacientův popis problému psychosociální, zdravotní, právní aspekty?
4. Biomedicinské stavy nebo komplikace
5. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace
6. Akceptování nebo odpor k léčbě - Je pacientovo subjektivní utrpení dostatečně motivující, aby chtěl něco změnit? Je pacient v zásadě motivován pro nějakou formu léčby? Má pacient dostatek vnitřních zdrojů, aby se na řešení problému mohl podílet?
7. Potenciál pro relaps
8. Vztah okolí k léčbě - Vyskytují se vnitřní nebo vnější překážky bránící léčbě nebo jejímu pokračování, případně jsou nějaké zřejmé sekundární zisky z nemoci?

Návrh léčby, doporučení:

16. Vstupní adiktologické vyšetření

Jak uvádí registrační list MZ, v rámci výkonu je mapováno rizikové chování pacienta ve vztahu k užívání návykových látek. Součástí výkonu je zhodnocení celkového stavu pacienta a následné stanovení terapeutického plánu. Oproti indikačnímu rozhovoru je pacient v ADA již indikován k ambulantní léčbě. Nyní je potřeba hlubšího zhodnocení jeho potíží, potřeb, a také hledání témat pro léčbu.

Rozsah a obsah výkonu je definován následovně: „*Adiktolog za použití standardizovaných dotazníků vyhodnotí léčebné postupy a potřeby pacienta. Ve spolupráci s pacientem písemně zpracuje léčebný plán. Plán pravidelně reviduje a konzultuje s ošetřujícím psychiatrem zdravotní stav pacienta. Účastní se případové konference týkající se pacienta v péči adiktologa a koordinuje další potřebnou péči a pomoc. Při případovém vedení adiktolog s pacientem vytváří, či průběžně kontroluje, terapeutický plán. V tomto případě výkon zahrnuje jednání adiktologa v zájmu pacienta s praktickým lékařem, ošetřujícím odborným lékařem a dalšími rehabilitačními pracovníky, kteří mají pacienta v péči. Adiktolog referuje o pacientovi v týmu. Rozsah výkonu v bodech:*

- 1. Rozbor vstupní situace, identifikace základních potřeb a podmínek spolupráce*
- 2. Podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální*
- 3. Zhodnocení subjektivních obtíží*
- 4. Studium dokumentace z předchozích vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích*
- 5. Administrace dotazníkových metodik, strukturované interview*
- 6. Vyšetření alkotestem/drugtestem, odběr biologického materiálu/kapilární krve v případě potřeby dalších vyšetření*
- 7. Indikace dalších potřebných vyšetření*
- 8. Vyhodnocení získaných poznatků*
- 9. Edukace pacienta*
- 10. Navržení vhodného postupu a léčebných intervencí (MZ ČR, 2016).“*

16.1. Současný stav

Šťastná (2017) uvádí, že obsahem výkonu je zjišťování závažnosti (zkušenosti s různými druhy NL, frekvence užívání, dávka, komplikace, denní režim, nutrice), mapování souvislostí (rodina, sociální okolí, vztahy s vrstevníky, škola, volný čas, trestná činnost, předchozí péče)

a hledání vnitřních zdrojů, práce s motivací, hodnocení rizik a zdrojů podpory, individuální plán, individuální cíl. Zhodnocení probíhá v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu.

V dokumentaci ADA vzniká záznam v následující struktuře:

VYŠETŘENÍ ADIKTOLOGEM PŘI ZAHÁJENÍ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE

Anamnestická data:

Nynější onemocnění:

Anamnesa návykových onemocnění:

Symptomy závislosti:

Craving:

Kontrola nad užíváním:

Somatický odvykací stav, užívání k jeho odvrácení:

Tolerance:

Zanedbávání zálib:

Pokračování usu přes jasný důkaz následků:

Symptomy hráčství:

1. Zaměstnává se hazardní hrou:

2. Zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry:

3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat:

4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost:

5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu:

6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět:

7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou:

8. Dopustil se ilegálních činů, jako jsou padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry kvůli hazardní hře:

Alergická anamnesa:

Psychiatrická anamnesa:

Osobní anamnesa:

Zdravotní:

Orientace:

VHA: VHB: VHC: HIV: STD:

Úrazy: Operace:

Neurologická onemocnění: Bezvědomí:

Farmakologická anamnesa:

Rodinná anamnesa:

Sociální anamnesa:

Pracovní anamnesa:

Rizikové chování ve vztahu k návykovým látkám:

Celkové zhodnocení stavu:

1. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky
2. Biomedicinské stavy nebo komplikace
3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace
4. Akceptování nebo odpor k léčbě
5. Potenciál pro relaps
6. Vztah okolí k léčbě

Doporučení, terapeutický plán:

Ze záznamu vyplývá, že jsou podrobně probírány symptomy závislosti podle MKN-10, u patologického hráčství se diagnostika opírá o DSM-V. Dále se záznam věnuje jednotlivým anamnézám. Na závěr jsou používána Kritéria ASAM, která jsme doporučovali pro zhodnocení už při indikačním pohovoru.

16.2. Návrh

V následujícím návrhu budeme postupovat ve stejné struktuře jako v teoretické části, to znamená podle bodů definujících obsah a rozsah výkonu, a každému z nich se budeme věnovat a navrhovat vhodný obsah pro ADA. Vycházíme z toho, že máme dostupné informace z indikačního pohovoru. Máme tedy s pacientem navázán kontakt. Víme, jak popisuje a vnímá svůj problém, známe jeho anamnézu návykových onemocnění a další oblasti, které s užíváním souvisí. Známe tedy odpovědi, jestli má pacient problémy, které vyžadují naši léčbu, posoudili jsme jeho potenciál pro akutní intoxikaci, biomedicinské komplikace, psychologické komplikace, potenciál pro relaps. Pokud něco nevíme nebo je některá z oblastí výrazná či naopak málo jasná, je možnost ve Vstupním adiktologickém vyšetření danou oblast rozpracovat.

1. Rozbor vstupní situace, identifikace základních potřeb a podmínek spolupráce

Tento bod pak znamená, že s pacientem tvoříme kontrakt sezení ohledně času, místa, četnosti, způsobu komunikace, objednávání. Domlouváme se ohledně formálních věcí, aby sezení vůbec mohla probíhat. Pacient podepisuje Souhlas v ambulantní péči. Kontrakt o obsahu tvoříme až dále v průběhu sezení a opakovaně revidujeme.

2. Podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální

V této fázi adiktolog může opět využít strukturu Levensonové (2016). Může nechat povyprávět pacienta svůj životní příběh (ne pouze o užívání návykové látky). Provádí ukotvenou anamnézu. Věnuje pozornost emočně-interpersonálnímu kontextu.

1. Nechá pacienta, aby svůj příběh (problém, který ho přivádí) vypověděl vlastními slovy a vlastním způsobem.
2. Věnuje pozornost emočnímu zabarvení příběhu (včetně neverbálních známek).
3. Zkoumá emočně-interpersonální kontext týkající se symptomů nebo problémů.
4. Provádí ukotvenou anamnézu.
5. Shromažďuje potřebné údaje.

Protože jsme se jednotlivým bodům už věnovali, nebudeme dále rozvádět. Na základě indikačního pohovoru už máme vytvořeny obrysy pacientových obtíží, a v této části se můžeme podrobněji doptávat a pokračovat v utváření klinického obrazu.

3. Zhodnocení subjektivních obtíží

Tomuto bodu se věnujeme současně s bodem vyhodnocení získaných poznatků.

4. Studium dokumentace z předchozích vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích

Pokud jsou dostupné.

5. Administrace dotazníkových metodik, strukturované interview

Účelem screeningových dotazníků je prvotní rozpoznání problému. Jejich otázky většinou kopírují kritéria závislosti. Mohou být podkladem pro plánování intervencí. Někdy jejich přínos nemusí být ani tolik důležitý pro adiktologa, ale spíše pro pacienta.

Jeden pacient se přišel poradit ohledně toho, jak vážné to s jeho konzumací alkoholu je. Z rozhovoru vyplynulo, že jsou přítomny všechny kritéria závislosti kromě somatického odvykacího stavu. Pacient asi 3x týdně ztrácel kontrolu a užíval alkohol do ranních hodin, poté měl problém vstát do práce. Na verbální sdělování míry závažnosti reagoval popřením. Chtěl slyšet, že je vše v pořádku a nemusí nic dělat. Použití principů motivačních rozhovorů a dotazníku AUDIT, ho nakonec dovedlo do ambulantní skupiny.

Použití dotazníků může být přínosné pro výzkum, ale v klinické práci může bránit navázání kontaktu a směřovat rozhovor na úkor jiných důležitějších informací. Z toho důvodu navrhuje se dotazníky inspirovat. Znat jejich otázky a dle uvážení a potřeb klienta je používat. Například znalost dotazníku EuropASI a dalších z něho odvozených, může pomoci neopomenutí oblastí při sběru anamnézy. Není ale potřeba ho využívat doslovně. V indikovaných případech používáme dotazníkových a jiných diagnostických metod, které slouží/pomáhají dospět ke sledovanému cíli vyšetření.

6. Vyšetření alkotestem/drugtestem, odběr biologického materiálu/kapilární krve v případě potřeby dalších vyšetření

Vyšetření alkotestem a drugtestem probíhá na základě indikace a potřeby. Není tudíž plošnou součástí. Odběr kapilární krve není v ambulanci realizován.

7. Indikace dalších potřebných vyšetření

Další vyšetření jsou indikována ve spolupráci multidisciplinárního týmu a garant je konzultuje s psychiatrem, právníkem atd. S pacientem na základě jeho potřeb domlouvá další postup. Přímou v ambulanci je nabízena edukace v oblasti práva a sociální práce a kognitivní trénink.

8. Vyhodnocení získaných poznatků

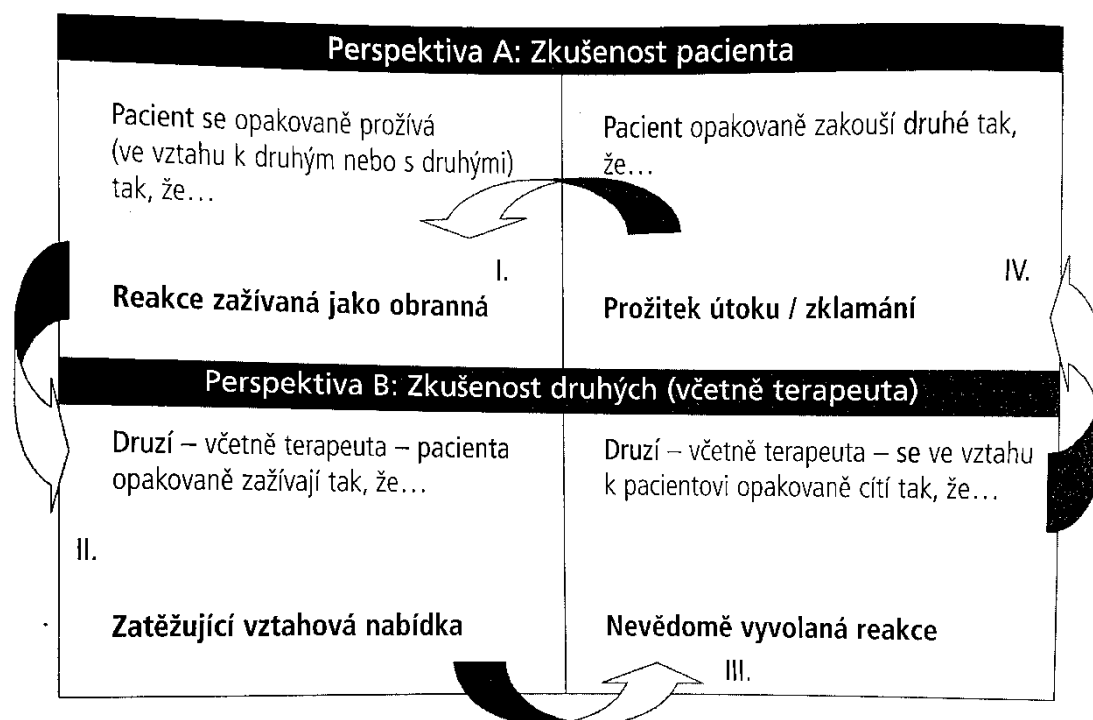
Když u vstupního adiktologického vyšetření očekáváme následnou adiktologickou terapii, potřebujeme si s pacientem stanovit její směřování a cíle. Na jejich základě můžeme tvořit ohniska terapie.

Diagnostika dysfunkčních vztahových vzorců může tvořit významnou součást adiktologické terapie. Většina psychoterapeutických škol uznává interpersonální chování jako zásadní faktor při vzniku a udržení duševním poruch (Pracovní skupina OPD-2, 2013). Pacientovo narušení vztahů tvoří významnou součást problémů. Adiktolog si může všimnout toho, jaký vztah si k němu pacient vytváří, a co sám jako terapeut prožívá. Na základě toho může vyzdvihovat důležitost znovuoohrávání situací a poukázat na jejich význam. Může se tak věnovat problému, jak ho vnímá pacient, tak i jak ho vnímají druzí lidé, včetně adiktologa. Ustálené vztahové chování chápeme jako vyjádření dynamiky mezi nevědomými přáními a s nimi

související úzkosti. Tyto úzkosti mohou pramenit jak z konfliktů, tak i ze struktury osobnosti. Ustálené vztahové chování tedy můžeme chápat jako psychosociální kompromis mezi přáními a úzkostmi.

V diagnostickém systému OPD-2 (Pracovní skupina OPD, 2013) v ose Vztahy se pokouší najít způsob, jak hledat a operacionalizovat opakující se dysfunkční vztahové vzorce. Rádi bychom zdůraznili slovo opakující se, které je velmi významné. Proces vnímání vztahových vzorců znázorňuje Obrázek 5. Začínáme u toho, jak pacient vnímá druhé. Zapisujeme tedy chování, které pacient opakovaně zažívá ze strany druhých. Následuje, jak pacient prožívá sebe. Vnímáme, jaké vztahové chování pacient popisuje u sebe. Jak ostatní prožívají pacienta. Zahrnuje i neuvědomované aspekty. Poslední kategorií je jak ostatní zažívají sebe ve vztahu s pacientem. Zachycujeme reakce ve smyslu zaujetí rolí, které pacient vyhledává. Z těchto hledisek se tvoří vztahově-dynamická formulace případu.

Obrázek 5 Schematizace opakujících se dysfunkčních vztahových vzorců



Zdroj: Pracovní skupina OPD (2013, str. 146)

Při posuzování se vychází ze seznamu položek (Obrázek 6). V praxi sezení se OPD-2 opírá o terapeutovu vlastní zkušenost s pacientem a dále už zmiňované CCRT (Luborsky, L., 1998). Pacienta se doptávají a nechávají ho převyprávět konkrétní vztahové interakce, které jsou pro něj obtížné, konfliktní nebo ho zatěžují. Doporučení je získat alespoň 2-3 epizody.

Obrázek 6 Seznam položek

Seznam položek (osa vztahy)		
Pacient se opakovaně prožívá (ve vztahu k druhým) tak, že...	Vztahové téma	Pacient opakovaně zakouší druhé tak, že...
Druží – včetně terapeuta – pacienta opakovaně zažívají tak, že...		Druží – včetně terapeuta – se ve vztahu k pacientovi opakovaně cítí tak, že...
<input type="checkbox"/> 1. poskytuje hodné prostředí, nechává, ať si to dělají po svém	Poskytování prostředí	<input type="checkbox"/> 1. poskytuje hodné prostředí, nechávají, ať si to dělají po svém
<input type="checkbox"/> 2. vyhýbá se vlivu, minimálně řídí	Vedení druhých	<input type="checkbox"/> 2. vyhýbají se vlivu, minimálně řídí
<input type="checkbox"/> 3. obdivuje, idealizuje	Uznání druhých	<input type="checkbox"/> 3. obdivují, idealizují
<input type="checkbox"/> 4. příliš se omlouvá, nechce vyčítat	Přičítání odpovědnosti	<input type="checkbox"/> 4. příliš se omlouvají, nechtějí vyčítat
<input type="checkbox"/> 5. obtěžuje projevy lásky/náklonnosti	Projevování lásky/náklonnosti	<input type="checkbox"/> 5. obtěžují projevy lásky/náklonnosti
<input type="checkbox"/> 6. harmonizuje, vyhýbá se agresi	Projevování agrese	<input type="checkbox"/> 6. harmonizují, vyhýbají se agresi
<input type="checkbox"/> 7. přehnaně se stará/pečuje, dělá si starosti	Pečování	<input type="checkbox"/> 7. přehnaně se starají/pečují, dělají si starosti
<input type="checkbox"/> 8. netaktně se vnučuje	Navazování kontaktu	<input type="checkbox"/> 8. netaktně se vnučují
<input type="checkbox"/> 9. omezuje prostor, vměšuje se	Poskytování prostředí	<input type="checkbox"/> 9. omezuji prostor, vměšuji se
<input type="checkbox"/> 10. kontroluje, určuje/ovládá, klade nároky a požadavky	Vedení druhých	<input type="checkbox"/> 10. kontroluji, určuji/ovládám, kladou nároky a požadavky
<input type="checkbox"/> 11. snižuje, znehodnocuje, zahanbuje	Uznání druhých	<input type="checkbox"/> 11. snižuji, znehodnocuji, zahanbuji
<input type="checkbox"/> 12. vyčítá, obviňuje	Přičítání odpovědnosti	<input type="checkbox"/> 12. vyčítám, obviňuji
<input type="checkbox"/> 13. odírá lásku	Projevování lásky/náklonnosti	<input type="checkbox"/> 13. odírám lásku
<input type="checkbox"/> 14. napadá, poškozují	Projevování agrese	<input type="checkbox"/> 14. napadám, poškozují
<input type="checkbox"/> 15. zanedbává, nechává ve štychu/opouští	Pečování	<input type="checkbox"/> 15. zanedbávám, nechávám ve štychu/opouštím
<input type="checkbox"/> 16. přehlíží, ignoruje	Navazování kontaktu	<input type="checkbox"/> 16. přehlížím, ignoruji
<input type="checkbox"/> 17. nárokuje si hodné prostředí a dožaduje se samostatnosti	Požadování samostatnosti	<input type="checkbox"/> 17. nárokuji si hodné prostředí a dožaduji se samostatnosti
<input type="checkbox"/> 18. vzdoruje, odporuje	Přizpůsobení se	<input type="checkbox"/> 18. vzdoruji, odporuji
<input type="checkbox"/> 19. naparuje se/chvástá se, staví se do centra pozornosti	Sebepotvrzení	<input type="checkbox"/> 19. naparuji se/chvástám se, stavím se do centra pozornosti
<input type="checkbox"/> 20. odmítá jakoukoliv vinu	Uznání viny	<input type="checkbox"/> 20. odmítám jakoukoliv vinu
<input type="checkbox"/> 21. ztrácí se, když mu druží lásku/náklonnost	Přijímání lásky/náklonnosti	<input type="checkbox"/> 21. ztrácím se, když jim projevím lásku/náklonnost
<input type="checkbox"/> 22. málo se chrání, vystavuje se nebezpečí	Sebeochraňování	<input type="checkbox"/> 22. málo se před ním chráním, vystavuji se nebezpečí
<input type="checkbox"/> 23. nadměrně se opírá o druhé, upíná se na ně	Spolehání na druhé	<input type="checkbox"/> 23. nadměrně se o něj opírám, upínám se na něj
<input type="checkbox"/> 24. v kontaktu si neudrží hranice, pouští si druhé moc k tělu	Umožnění kontaktu	<input type="checkbox"/> 24. v kontaktu si neudržuji hranice, pouštím si ho moc k tělu
<input type="checkbox"/> 25. vyhýbá se samostatnosti, vyžaduje vedení	Požadování samostatnosti	<input type="checkbox"/> 25. vyhýbám se samostatnosti, vyžaduji vedení
<input type="checkbox"/> 26. podřizuje se, ustupuje, vzdává to/rezignuje	Přizpůsobení se	<input type="checkbox"/> 26. podřizuji se, ustupuji, vzdávám to/rezignuji
<input type="checkbox"/> 27. snižuje se, znehodnocuje se, očeřuje se	Sebepotvrzení	<input type="checkbox"/> 27. snižuji se, znehodnocuji se, očeřuji se
<input type="checkbox"/> 28. obviňuje se	Uznání viny	<input type="checkbox"/> 28. obviňuji se
<input type="checkbox"/> 29. uzavírá se/prchá, když mu druží lásku/náklonnost	Přijímání lásky/náklonnosti	<input type="checkbox"/> 29. uzavírám se/prchám, když jim projevím lásku/náklonnost
<input type="checkbox"/> 30. nadměrně se chrání, zejména před útoky, je ostražitý	Sebeochraňování	<input type="checkbox"/> 30. chráním se před jeho útoky, jsou ostražití
<input type="checkbox"/> 31. málo se opírá o druhé, zdůrazňuje soběstačnost	Spolehání na druhé	<input type="checkbox"/> 31. málo se o něj opírám, zdůrazňuji soběstačnost
<input type="checkbox"/> 32. stahuje se, izoluje se, odpojuje se	Umožnění kontaktu	<input type="checkbox"/> 32. stahuji se, izoluji se, odpojuji se

Zdroj: Pracovní skupina OPD (2013, str. 143)

Ke konceptualizaci a následně formulování případu nám mohou pomoci následující body, které vychází z Krátké psychodynamické psychoterapie (Levenson, 2016):

1. Naslouchá tématům klientova transakčního chování a průvodních emocí (v minulých, současných vztazích i s terapeutem).
2. Uvědomuje si vlastní reciproční chování a emoční reakce (protipřenos).
3. Je ostražitý vůči novým přehráváním dysfunkčních interakcí v terapeutickém vztahu.
4. Vytváří vyprávění cyklického maladaptivního vzorce (CMP) popisující převážně dysfunkční emočně-interakční vzorec pacienta.

Během sezení by si terapeut měl uvědomovat, jak se cítí (**1. krok**). To je důležité hlavně ve chvílích, kdy je tlačěn či tažen k reagování určitým způsobem v souladu s pacientovým očekáváním.

Adiktolog prožívá různé vnitřní změny například tělové (zrychlení tepu, když se pacient mračí), změny pozornosti (kouká na hodiny, kdy už to sezení skončí), afektivní změny (má pocit, že se musí kontrolovat, aby pacienta neurazil) a živé představy (třeba výroby v továrně aut) (Levenson, 2016) (**2. krok**). K dosažení takového sebeuvědomování literatura doporučuje absolvování psychoterapeutického výcviku a dobrou supervizi i osobní terapii. Tyto informace při citlivém využití mohou být významným zdrojem informací.

Další metodou, jak si uvědomovat pocity během sezení, je formulování cyklických maladaptivních vzorců (dále CMP). Ty si popíšeme dále v této kapitole.

I nové přehrávání situace, nemusí být vždy považováno za chybu a během sezení může být užitečným zdrojem příležitostí ke kognitivnímu porozumění a zkušenostnímu učení (Levenson, 2016) (**3. krok**).

Vnímání CMP je popsáno v Krátké psychodynamické psychoterapii tak, že pacient se nějak chová, cítí a přemýšlí o transakcích s druhými lidmi (**4. krok**). Dospěl k očekávání, že se lidé v reakci na něj budou nějak chovat. Toto očekávání sděluje pomocí neverbálních emočních signálů, které poté vyvolají přesně ty reakce, které pacient očekává. Pacient si poté tyto komplementární projevy chování přečte, a to ovlivňuje jeho sebehodnocení, což ho nakonec povzbuzuje se chovat určitým způsobem. Kruh se takto uzavírá.

9. Edukace pacienta

Probíhá na základě zhodnocení stavu pacienta. Dle principů motivačních rozhovorů, prevence relapsu. Těmto principům jsme se již věnovali v teoretické části této práce.

Další strategie, vycházející s psychodynamických směrů, použitelné v terapii, popisuje Tabulka 14.

Tabulka 14: Strategie krátké psychodynamické psychoterapie

Udržování terapeutického vztahu
<p>Terapeut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. V reakcích na pacienta vyjadřuje svůj postoj, který se vyznačuje úctou, spoluprací, empatií, oceňováním a neodsuzováním. 2. Dává najevo, že naslouchá. 3. Rozpoznává pacientovy silné stránky a dává to najevo. 4. Reaguje na překážky (např. odmlky, pozdní příchody, uhýbání) a příležitosti (zvědavost, asertivita, ochota být zranitelný), které by mohly ovlivnit terapeutický proces.
Zpřístupňování a zpracovávání emocí
<ol style="list-style-type: none"> 5. Pomáhá pacientovi zachovat si emoční regulaci. 6. Povzbuzuje pacienta k prožívání a vyjadřování emocí na sezení. 7. Pomáhá pacientovi uvědomovat si vlastní emoce a používá různé strategie k prohloubení zkušeností s nimi. 8. Pomáhá pacientovi emoční zkušenost pojmenovat a rozpoznat její význam. 9. Pomáhá pacientovi zpřístupnit, prožít a prohloubit emoce spjaté s CMP.
Empatické zkoumání
<ol style="list-style-type: none"> 10. Používá otevřené otázky. 11. Dotazuje se na osobní či jedinečný význam pacientových slov. 12. Reaguje na výroky pacienta, doptává se na konkrétní podrobnosti.
Zaměřené dotazování
<ol style="list-style-type: none"> 13. Udržuje směr terapie.
Zaměření na vztah
<ol style="list-style-type: none"> 14. Pomáhá pacientovi vyjadřovat a zkoumat pocity, myšlenky a přesvědčení ve vztahu k významným osobám. 15. Povzbuzuje pacienta k debatě o tom, jaké pocity a myšlenky by terapeut ke klientovi mohl mít. 16. Odhaluje vlastní reakce na některé aspekty pacientova chování obecně, zejména pak na CMP. 17. Metakomunikuje o interpersonálním procesu, který se mezi terapeutem a pacientem vyvíjí.
Cyklické vzorce
<ol style="list-style-type: none"> 18. Ptá se na pacientův introjekt. 19. Pomáhá pacientovi si dát do souvislosti vlastní emoce a osobní významy s CMS. 20. Prohlubuje pacientovo emoční a koncepční chápání toho, jakým způsobem CMP působí na vnitřní a mezilidské fungování jedince. 21. Potřebu pacienta popřít primární emoce dává do souvislosti s jeho ranými zkušenostmi.

22. Pomáhá pacientovi začlenit adaptivnější pocity, myšlenky a chování do nového příběhu.
Přímá podpora změn
23. Poskytuje pacientovi příležitost k novým zkušenostem se sebou samým v interakcích v souladu s cíli léčby.
Omezený čas
24. Hovoří o omezeném čase terapie.

Zdroj: Levenson, 2016, str. 87

10. Navržení vhodného postupu a léčebných intervencí

Krátká psychodynamická terapie vychází při formulování ohnisek terapie z následujících bodů (Levenson, 2016):

1. Využívá CMP k formulování toho, které nové zkušenosti (vnitřně a mezilidsky) by mohly vést k adaptivnějším vztahům.
2. Využívá CMP k formulování toho, jaké nové porozumění (vnitřně a mezilidsky) by mohlo vést k adaptivnějším vztahům.
3. Reviduje v průběhu terapie.
4. U každého z předchozích kroků bere v úvahu vlivy multikulturních faktorů.

Z formulace CMP se dají určit dva cíle léčby (**1. krok**). Prvním je rozhodnutí o povaze nové zkušenosti. Adiktolog může zvážit, co by mohl říct nebo udělat, aby pacientovi pomohl prožít sérii nových, významných afektivních zkušeností, a také nových, významných mezilidských zkušeností. Tyto zkušenosti mohou ovlivnit maladaptivní kruh. Druhým a obecnějším cílem vycházejícím z CMP může být nové porozumění.

Adiktolog se zamýšlí nad (**2. krok**):

- a) významem a smyslem vlastních emocí
- b) jakou roli hraje pacient při vytváření dysfunkčního vzorce

Formulace případu má povahu hypotézy a neustále je revidována v průběhu terapie příchodem nových podnětů (**3. krok**).

Velmi důležité je brát v úvahu vliv kulturních faktorů (**4. krok**). Je potřeba brát celý kontext situace. Pacient i adiktolog přinášejí do setkání své osobní vlastnosti, minulost, zkušenosti a hodnoty. Pokud žijeme v rasistické společnosti, musíme vzít při formulování případu v potaz, že romský pacient se častěji bude setkávat s horším hodnocením na pracovišti, což ovlivní jeho způsob vytváření vztahových vzorců. Kulturní parametry jsou rovnocenné parametrům interpersonálním.

Z následujících poznatků tedy navrhuje rozhovorový list, který přikládáme do přílohy 2. Navrhujeme také formu zápisu.

Aktuální stav:

Emoční zabarvení příběhu:

Zdravotní:

Psychiatrická anamnesa:

VHA: VHB: VHC: HIV: STD:

Úrazy: Operace:

Farmakologická anamnesa:

Sociální:

Vzdělání:

Bydlení:

Práce:

Právní problémy:

Finanční situace:

Záliby:

Rodinná:**Vztahově-dynamická formulace:****Ohniska terapie:**

Zdravotní problémy:	Akceptování, odpor k léčbě:
Psychosociální problémy:	Potenciál pro relaps:
(práce, bydlení, dluhy, vztahy, ...)	Nové zkušenosti:
Motivace:	Nové porozumění:

Další vyšetření:**Th. (použité intervence):****Terapeutický plán:**

17. Kazuistika použití rozhovorového listu pro vstupní indikační rozhovor v praxi

Adiktolog pracující v Adiktologické ambulanci vyzkoušel návrh struktury rozhovoru při náhodně vybrané vstupní konzultaci s pacientem. Adiktologické vyšetření nebylo možné v praxi ověřit kvůli dlouhodobě naplněné kapacitě ADA.

Pacient podepsal informovaný souhlas, ve kterém souhlasil s použitím svých anonymizovaných dat pro vědecké účely. Etická klauzule byla dodržena.

Následně po sezení byl proveden rozhovor s adiktologem o zkušenosti s danou strukturou.

17.1. Záznam z indikačního pohovoru

Muž, 43 let, svobodný, středoškolské vzdělání

Aktuální stav (pacientův popis problému – co a jak uvádí): *Popisuje své hraní, hledá pomoc. Mluví otevřeně, je patrné, že už o problému mluvil. Skleslý, ale široce rozvádí odpovědi, upřímný.*

Emoční zabarvení příběhu: *Skleslý, ale tempo řeči a oční kontakt přiměřený. Přemýšlivý, přitakává.*

Anamnéza návykových onemocnění:

Hraje automaty, léčil se před třemi roky ambulantně. Byl asi na 15 sezeních, a potom kvůli práci přestal docházet. Abstinovat rok, pod tíhou stresu zase začal hrát.

Před 8 lety ho kamarád vzal do herny, zkusil to a začal hrát. Problém si začal uvědomovat po půl roce, kdy prohrával cizí peníze. Dluhy má, neví kde a kolik, určitě přes milion.

Trestán za majetkovou trestnou činnost.

Ted' asi tři týdny nehraje, baží, ale daří se mu myšlenky zahnat, pomáhá připomenout si problémy. Přiznal se kamarádovi, který mu doporučil nás.

Alkohol pije občas, opilý cca měsíčně. Návykové látky v minulosti jako experimenty, na SŠ víc kouřil marihuanu. Kouří 20 tabákových cigaret denně, rád by přestal, ale ted' by to nezvládl.

Symptomy hráčství:

1. Zaměstnává se hazardní hrou: +
2. Zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry: +
3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat: +
4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost: +

5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu: +
6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět: +
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou: +
8. Dopustil se ilegálních činů, jako jsou padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry kvůli hazardní hře: +

Anamnéza zdravotní, osobní, pracovní, rodinná, právní, atd.: *Před 6 lety se objevily depresivní stavy v souvislosti s úmrtím babičky. Vnímá souvislost s hraním, deprese se prohlubuje po hraní.*

V současné době řeší bydlení, pracuje jako OSVČ, nemá stabilní situaci.

Od rodiny se distancuje, nelíbí se mu, že se tam pomlouvají, ale je s nimi v kontaktu. Kamarádi výhradně mezi abstinenty.

Th. (použité intervence):

- *nácvik aplikace obecných i specifických uzdrav. technik*
- *psychoedukace pacienta*
- *kognitivně-behaviorální techniky zaměřené na zvládání běžných situací*
- *identifikace činitelů bránících naplňování léčebných cílů a formulování strategií zvládání*
- *case management*
- *podpora v péči o vlastní somatický stav pac.*
- *prevence relapsu*
- *motivační trénink*
- *stress management*
- *stabilizace pac.*

Diagnostická rozvaha (zhodnocení potíží):

1. Je přítomna porucha, kterou je potřeba léčit a zvláště taková, která vyžaduje naši léčbu? *Ano, patologické hráčství, splňuje všechna kritéria.*
2. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenci příznaky. *Přítomný, ale nevyžaduje ústavní léčbu.*
3. Co zahrnuje pacientův popis problému (psychosociální, zdravotní, právní aspekty)? *Pacient popisuje hlavně psychosociální aspekty. Mluví o ztrátě babičky, mluví o své sociální situaci.*
4. Biomedicinské stavy nebo komplikace. *Nejsou.*
5. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace. *Deprese, mánie – potřeba re-diagnostiky a psychiatrického vyšetření.*

6. Akceptování nebo odpor k léčbě - Je pacientovo subjektivní utrpení dostatečně motivující, aby chtěl něco změnit? Je pacient v zásadě motivován pro nějakou formu léčby? Má pacient dostatek vnitřních zdrojů, aby se na řešení problému mohl podílet? *Pacient je motivován ke změně i k léčbě, zdá se, že dostatek vnitřních zdrojů má.*

7. Potenciál pro relaps – *Ano, ale nyní 3 týdny abstínuje.*

8. Vztah okolí k léčbě - Vyskytují se vnitřní nebo vnější překážky bránící léčbě nebo v jejím pokračování, případně jsou nějaké zřejmé sekundární zisky z nemoci? *Má abstinující okolí, problémy s penězi, hledá bydlení.*

Návrh léčby, doporučení: *Předán kontakt na dluhovou poradnu, objednáno k psychiatrovi. Domluva a kontraktování individuální adiktologické terapie.*

17.2. Zkušenost adiktologa

Adiktolog hodnotí strukturu rozhovoru jako přirozenou, obsahuje dost věcí, na které se ptá. Uvádí, že na některé věci se neptá – jako třeba na projevy pacienta při rozhovoru, že je skleslý atd. Oceňuje, že struktura ho vedla k tomu, o tom přemýšlet. Dodává, že kdyby to byla jasně daná struktura, tak by mu přinesla dobrou představu o pacientovi. Struktura adiktologovi pomohla na nic nezapomenout. Nic mu tam nechybělo. Celkově to hodnotí pozitivně. Nenásilnost otázek umožňuje být s klientem a vytvářet vztah, spíše než dávat dotazníky. Umožňovala adiktologovi projevovat zájem o pacienta. Strukturu vnímal spíše jako okruhy, nad kterými má přemýšlet. Vnímá to přínosně pro sebe i pro pacienta. Na závěr zdůrazňuje důležitost položek Pacientův popis problému a Emoční zabarvení příběhu.

18. Diskuze a závěr

V této diplomové práci se věnujeme Vstupnímu adiktologickému vyšetření. V teoretické části jsme obecně rozebrali jednotlivé body a hledali jsme jejich možné obsahy v kontextu psychodynamických teorií. Zajímalo nás nejen co dělat, ale i jak. Díváme se na situační i komunikační aspekt kontaktu. Cílem této části je hledat co nejvíce možných způsobů vyšetření v rámci psychodynamického kontextu.

Následně jsme popsali Adiktologickou ambulanci Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze a pokusili jsme se navrhnout vyšetření pro její potřeby. Tím zdůrazňujeme důležitost kontextu vyšetření. Adiktologické interview musí odpovídat zaměření a úkolům příslušné instituce. Pro potřeby ADA rozdělujeme vyšetření na: Vstupní indikační rozhovor a Vstupní adiktologické vyšetření.

Při Vstupním indikačním pohovoru identifikujeme potřeby pacienta a snažíme se dojít k tomu, co by dále potřeboval. Na základě principů Brokerského modelu case managementu probíhá propojování se zdroji jak vnitřními, tak v rámci dostupného systému péče. Navrhujeme vhodnou strukturu rozhovoru, která by neměla být brána doslovně. Je návrhem jak o pacientovi přemýšlet a na co nezapomenout. Na základě diagnostické rozvahy, která se částečně opírá o Kritéria American Society of Addiction Medicine, by měl být adiktolog schopný navrhnout první představu klinického obrazu pacienta. Navrhovaný rozhovorový list je v příloze této práce.

Návrh vstupní konzultace jsme vyzkoušeli v praxi a zpracovali jsme zkušenost adiktologa. Z toho vyplynulo, že takto vytvořená struktura je nezátěžující a naopak přínosná. Adiktolog oceňuje komplexnost a přirozenost návrhu. Odpovídá jak jeho potřebám, tak potřebám instituce. Podle jeho hodnocení návrh odpovídá i potřebám pacienta.

Vstupní adiktologické vyšetření je komplexní výkon, který v celé své šíři není možné realizovat v jedné hodině. V případě, že výsledkem Vstupního indikačního pohovoru je přijetí k péči v ADA, následuje Vstupní adiktologické vyšetření. Součástí výkonu je zhodnocení celkového stavu pacienta a následné stanovení terapeutického plánu. Oproti indikačnímu rozhovoru je již pacient indikován k ambulantní léčbě, je potřeba hlubšího zhodnocení jeho potíží, potřeb a také hledání témat pro léčbu. Na základě tohoto vyšetření navrhujeme léčebný plán. Návrh obohacujeme o vztahově-dynamickou formulaci, která může být zdrojem informací o pacientovi.

Na základě této práce bychom upozornili na potřebu výkonu adiktologa bez indikace psychiatra. Nedostatek psychiatrů zabývajících se oborem návykových nemocí zpomaluje a komplikuje péči o pacienty. Možná toto bude výzvou pro nově vznikající kvalifikaci klinického adiktologa.

Taktéž adiktologická práce a poradenství je potřeba i pro pacienty, kteří nemají stanovenou diagnózu závislosti (F.1-9). Například rodinní příslušníci nám takto vypadávají z péče. Pro ně by bylo vhodné vytvořit jiný návrh postupu rozhovoru. Taktéž se adiktologické vyšetření bude lišit pro další specifické skupiny, jako například pro děti.

Pro další výzkum doporučujeme vytvoření adiktologického vyšetření pro specifické skupiny, případně vyšetření rozšířit i o pohledy dalších psychoterapeutických směrů. V práci zdůrazňujeme interpersonální kontext. Většina psychoterapeutických škol uznává právě interpersonální chování jako zásadní faktor při vzniku a udržení duševních poruch. To, co si můžeme vzít z psychodynamických psychoterapií, je konceptualizace těchto procesů, které probíhají na rozhraní intapsychických a interpersonálních úrovní. Nicméně je potřeba nezapomínat i na zdravotní či spirituální složky problému závislosti.

Limitem práce je omezení kontextu na ADA a pro další výzkum se dá doporučit přepracování pro jiné provozy a zařízení. K tomu doporučujeme brát v úvahu cíle zařízení, vyšetření a vzdělání pracovníků. Limitem psychodynamického kontextu této práce je předpoklad, že pro použití návrhu rozhovorových listů musí mít pracovníci základní znalosti psychodynamiky.

Závěrem lze říci, že se nám na základě odborné literatury podařilo navrhnout strukturu a obsah indikačního pohovoru a vstupního adiktologického vyšetření.

19. Seznam zkratek

AAI Adult Attachment Interview

ADA Adiktologická ambulance

ADDA Ambulance dětské a dorostové adiktologie

ASAM American Society of Addiction Medicine

CCRT The core conflictual relationship theme method

CIDI Composite International Diagnostic Interview

CMP Cyklické maladaptivní vzorce

CMRS Scales for Substance Abuse Treatment

EIB Evaluation instrument bank

EMCDDA Evropské středisko pro drogy a drogové závislosti

MZ Ministerstvo zdravotnictví

NADA Network of alcohol and other drug agencies

LF Lékařská fakulta

OPD-2 Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika

PDM Psychodynamic Diagnostic Manual,

SCID Structured Clinical Interview for DSM-IV

SCL-90 Symptom Checklist-90

STIPO Structural Interview of Personality Organization

TLDP Krátká psychodynamická psychoterapie

VFN Všeobecná fakultní nemocnice

WHO Světová zdravotnická organizace

Literatura

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1112), 972-980.

APA. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Argelander, H. (1998). *Prvé interview v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Balint, M. a E. (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. London: Tavistock.

Barber, J. G. (1991). The Situational Confidence Questionnaire – Heroin. Tasmania: University of Tasmania. Dostupné 2018-03-16
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4474EN.html>

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*, San Antonio: Psychological Corporation.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1991a). *Beck Scale for Suicidal Ideation: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. (1987). *BDI-II Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A., T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R., A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-889.

Beck, A., T., Ward, C., H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A.T. and Steer, R.A. (1987). *Beck Hopelessness Scale Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11(1).

Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., et al. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.

Center for Research on Drugs and Health Behaviour. (1982). *Injecting Risk Questionnaire (IRQ)*. London: Center for Research on Drugs and Health Behaviour. Dostupné 2018-03-16 <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4386EN.html>

Center for Substance Abuse Treatment. (1998). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1998. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27.) Chapter 1 - Substance Abuse and Case Management: An Introduction. Dostupné 2018-03-16 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64867/>

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., Kernberg, O. F. (2003). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. New York: Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University. (Strukturované Interview Organizace Osobnosti (STIPO). Český překlad Riegel, D. K., Šamánková, D., Praha.).

Copeland, J., Swift, W., & Rees, V. (2001). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 45-52.

Darke S, Ward J, Hall W, Heather N, Wodak A (1991). *The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher's Manual*. National Drug and Alcohol Research Centre Technical Report Number 11. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

Dawe, S., Loxton, J., N., Hides, L., Kavanagh, J., D., Mattick, P. R. (2002). *Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders*, Canberra: Commonwealth of Australia.

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness and suitability (The CMRS Scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4), 495-515.

Deady, M. (2009). A Review of Screening, Assessment and Outcome Measures for Drug and Alcohol Settings. Sydney: NSN Health Department.

Degenhardt, L., Hall, W., Korten, A., & Jablensky, A. (2005). Use of brief screening instrument for psychosis: Results of a ROC analysis. Technical Report No. 210. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

Derogatis, L.R. (1994) *Symptom Checklist-90-Revised: Administration, scoring and procedures manual, 3rd edition*. Minneapolis: National Computer Systems.

Deutsch, F. (1939). The associative anamnesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 8, 354-381.

Dolanská, P., Korčíšová, B., Mravčík, V. (2004). Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: Úřad vlády ČR.

Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN: 80-85121-82-4.

Dührssen, A. (1998) Biografická anamnéza z hlbinné-psychologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F.

EMCDDA. (rok neuveden). Evaluation Instruments Bank (EIB). Dostupné 2018-03-16 z: <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.

First, M. B., Williams, J., B., W., Karg, R., S., Spitzer, R. L. (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinical Trials Version (SCID-5-CT). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289-1295.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 9(2), 273-9.

Garner, D. (1991). *Eating Disorders Inventory 2. Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Gavin, D.R., Ross, H. E., Skinner, H.A. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84, 301-307.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). Adult attachment interview, University of California. Unpublished.

Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a Scale to Measure Consumer Recovery. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.

Gill, M. M., Newman, R., Redlich, F. C. (1954). The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press.

Goldberg, D. and Williams, P. (1988). *A Users's Guide to the General Health Questionnaire*.UK, Berkshire: NFER-NELSON Publishing Co. Ltd. Windsor.

Gossop M., Darke S., Griffiths P., Hando J., Powis B., Hall W, Strang J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-14.

Grotstein, J., S. (2009). „...but at the same time and on another level...“. *Clinical Applications in the Kleinian/Bionian Mode*. London: Karnac.

Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. Ness, R., Rubinstein K.J., Kanof, P.D. (1987) Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. *American Journal of Alcohol Abuse*, 13, 293-308.

Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. Ness, R., Rubinstein K.J., Kanof, P.D. (1987) Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. *American Journal of Alcohol Abuse*, 13, 293-308.

Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Liguori, A. (2001). Marijuana craving questionnaire: Development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction*, 96(7), 1023-1034.

Henderson, M. & Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Holub, D., Telerovský, R. (2013). *Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii*. Brno: Masarykova univerzita.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress, *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-219.

Charman, D., P. (Ed.) (2008). *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy: Advancing Effective Practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers/Taylor and Francis/Routledge, 47-68.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., Grambal, A., Sigmundová, Z., Jelenová, D., Kováčsová, A., Cakirpaloglu, S., Kasalová, P.,

Bareš, V., Vrbová, K. (2016). Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(4), 153-158.

Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *The psychiatric clinics of North America*, 4, 169–195.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.

Kessler, R.C., Üstün, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EUROPASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence, *Eur Addict Res*, 1(4), p.208-210. Česká verze: Kubička, L., & Csémy, L. (rok neuveden). Evropský index závažnosti návykového chování. EuropASI – česká verze. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Kooij, J. J. S. (2013). *Adult ADHD. Diagnostic Assessment and Treatment*. London: Springer-Verlag.

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. psychiatrie*, 100(1), 13-18.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12(2), 210-224.

Kubička, L., & Csémy, L. (rok neuveden). Evropský index závažnosti návykového chování. EuropASI – česká verze. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Levenson, H. (2016). *Krátká dynamická psychoterapie*. Praha: Portál.

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998). Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme method. New York: Basic Books,.
- Mace, C., Binyon, S. (2006). Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching Methods. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 92–99.
- Martin, G. W. (1992). The role of self-efficacy in the prediction of treatment outcome for young, multiple drug users. Toronto: University of Toronto.
- Marsden, J. Gossop, G. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction*, 93(12), 1857-1867. Česká verze: Šefránek, M. (rok neuveden). Maudsley Addiction Profile (MAP). Dostupné 2018-03-16 z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1302/Ceska-verze-dotazniku-Maudsley-Addiction-Profile>
- Marsden, J. Gossop, M. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction* 93(12), 1857-1867.
- McGorry, P. D., Copolov, D. L. & Singh, B. S. (1990). Royal Park multidagnostic instrument for psychosis: Part 1. Rationale and Review, *Schizophrenia Bulletin*, 16 (3), 502-515.
- Mee-Lee, D. (Ed.) (2013). *The ASAM Criteria: Treatment Criteria for Addictive, Substance-Related, and Co-Occurring Conditions*. Chevy Chase:ASAM.
- Mentzos, S. (2012). Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch. Praha: Portál.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009 (2., aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency. Dostupné 2018-03-16 z <http://kramerus.mzk.cz/search/handle/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>
- Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J. & Hasin, D. S. (2000). Substance dependence severity scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-

administered interview for DSM-IV substance user disorders, *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2016). Aplikace Seznam zdravotních výkonů. ÚZIS ČR. Dostupné 2018-03-16 z: http://szv.mzcr.cz/detail_vykonu.aspx?vykon=38021

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z.,... Vopravil, J. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (1999). Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou. Praha: MZ ČR. S. 96-98.

Öberg, D., Sallmen, B., Haack, M.J., & Bergman, H. (1999). ASI-G. Sweden, Höör: Karlsvik Rehab. Center.

Ogden, T.H. (1992). Comments on Transference and Countertransference in the Initial *Analytic Meeting*. *Psychoanal. Inq.*, 12, 225–247.

Overall, J. E., Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.

PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Washington: PDM.

Peřich, T. (2016). Psychiatrická a psychoanalytická diagnostika. Psychoanalýza dnes. Dostupné 2018-03-16 z: <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/05/30/psychiatricka-a-psychodynamicka-diagnostika/>

Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.

Pracovní skupina OPD (Eds.). (2013) *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: Manuál pro diagnostiku a plánování léčby*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Randák, D., Vichová, V. (2010). 30-ti denní test abstinence. Prezentace přednesená 2013-04-27 na AT Konferenci Špindlerův Mlýn.

Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J. and Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): A questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package, *Addiction*, 89, 563-572.

Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R., (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of the Addiction*, 78, 89-95.

Říčan, P. (1979). *Klinický psychologický nález*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.

Schultz-Hencke, H. (1951). *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Skinner, H.A. and Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS): Users Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Sklenář, O. (2013). *Zdravotní adiktologické výkony*. Prezentace přednesená 2013-06-05 na AT Konferenci Seč.

Smetanová, S. (2017). *Relaps, modely relapsu, prevence*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie.

Sobell L.C. and Sobell, M.B. (1992). Timeline Followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Litten and J. Allen (eds) *Measuring Alcohol Consumption*. Totowa, NJ: Humana Press Inc.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. and Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, Inc.

Stockwell, T., Sitharthan, T., McGrath, D. and Lang, E. (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction*, 89, 167-174.

Sullivan, H. S. (2006). *Psychiatrické interview*. Praha: Triton.

Šťastná, L. (2017). Adiktologická ambulance. Prezentace přednesená 1.-3.2.2017 v OLÚP Predná hora, Slovensko.

Šulcová, I. (2011). *Testování na infekční onemocnění u uživatelů drog v kontaktních centrech*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika.

Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34(1), 19-28.

Vondrová, A., (2016). *Možnosti a meze testování dětí při podezření na akutní intoxikaci návykovou látkou na vybraných pražských středních odborných učilištích*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK.

Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., Farmer, R. (2008). Prevence relapsu pro závislá chování – manuál terapeuta. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5). Dostupné 2018-03-16 z: www.ptsd.va.gov.

Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 289-301.

Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 253-259.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(7), 1183-1194.

Přílohy

Příloha 1

Vstupní rozhovorový list

Jméno pacienta:		Rodné číslo:		Pojišťovna:	
Aktuální stav:					
Emoční příběh:	zabarvení				
Anamnéza onemocnění:	návykových				
Symptomy závislosti:	1. Craving: 2. Kontrola nad užíváním: 3. Somatický odvykací stav, užívání k jeho odvrácení:		4. Tolerance: 5. Zanedbávání zálib: 6. Pokračování usu přes jasný důkaz následků:		
Symptomy hráčství:	1. Zaměstnává se hazardní hrou: 2. Zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry: 3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat: 4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost:		5. Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu: 6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět: 7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou: 8. Dopustil se ilegálních činů, jako jsou padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry kvůli hazardní hře:		
Další anamnézy:	Zdravotní: Psychiatrická anamnesa: VHA: VHB: VHC: HIV: STD: Úrazy: Operace: Farmakologická				

	anamnesa:) Sociální: (Vzdělání: Bydlení: Práce: Záliby: Právní problémy: Finanční situace:) Rodinná:	
Th. (použité intervence):		
Diagnostická rozvaha (zhodnocení potíží):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Je přítomna porucha, kterou je potřeba léčit a zvláště taková, která vyžaduje naši léčbu? 2. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky 3. Které aspekty zahrnuje pacientův popis problému (psychosociální, zdravotní, právní)? 4. Biomedicinské stavy nebo komplikace 5. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace 6. Akceptování nebo odpor k léčbě - Je pacientovo subjektivní utrpení dostatečně motivující, aby chtěl něco změnit? Je pacient v zásadě motivován pro nějakou formu léčby? Má pacient dostatek vnitřních zdrojů, aby se na řešení problému mohl podílet? 7. Potenciál pro relaps 8. Vztah okolí k léčbě - Vyskytují se vnitřní nebo vnější překážky bránící léčbě nebo jejímu pokračování, případně jsou nějaké zřejmé sekundární zisky z nemoci? 	
Návrh léčby, doporučení:		

Příloha 2

Vstupní adiktologické vyšetření

Datum:

Jméno pacienta:		Rodné číslo:		Pojišťovna:																																																	
Aktuální stav:																																																					
Emoční projev:																																																					
Další doplnění anamnézy:	Zdravotní: Psychiatrická anamnesa: VHA: VHB: VHC: HIV: STD: Úrazy: Operace: Farmakologická anamnesa:) Sociální: (Vzdělání: Bydlení: Práce: Záliby: Právní problémy: Finanční situace:) Rodinná:																																																				
Vztahově-dynamická formulace:	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Perspektiva A: Zkušenost pacienta</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Pacient se prožívá tak, že...</th> <th colspan="2">Pacient zakouší druhé tak, že...</th> </tr> <tr> <th>Položka č.</th> <th>Text</th> <th>Položka č.</th> <th>Text</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td>3.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Perspektiva B: Zkušenost druhých (včetně terapeuta)</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Druzí zažívají pacienta tak, že...</th> <th colspan="2">Druzí se cítí tak, že...</th> </tr> <tr> <th>Položka č.</th> <th>Text</th> <th>Položka č.</th> <th>Text</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td>3.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Perspektiva A: Zkušenost pacienta				Pacient se prožívá tak, že...		Pacient zakouší druhé tak, že...		Položka č.	Text	Položka č.	Text	1.		1.		2.		2.		3.		3.		Perspektiva B: Zkušenost druhých (včetně terapeuta)				Druzí zažívají pacienta tak, že...		Druzí se cítí tak, že...		Položka č.	Text	Položka č.	Text	1.		1.		2.		2.		3.		3.	
Perspektiva A: Zkušenost pacienta																																																					
Pacient se prožívá tak, že...		Pacient zakouší druhé tak, že...																																																			
Položka č.	Text	Položka č.	Text																																																		
1.		1.																																																			
2.		2.																																																			
3.		3.																																																			
Perspektiva B: Zkušenost druhých (včetně terapeuta)																																																					
Druzí zažívají pacienta tak, že...		Druzí se cítí tak, že...																																																			
Položka č.	Text	Položka č.	Text																																																		
1.		1.																																																			
2.		2.																																																			
3.		3.																																																			
Ohniska terapie:	Zdravotní problémy: Psychosociální problémy: (práce, bydlení, dluhy, vztahy, ...) Motivace:		Akceptování, odpor k léčbě: Potenciál pro relaps: Nové zkušenosti: Nové porozumění:																																																		
Další vyšetření:																																																					

Th. (použité intervence):	
Terapeutický plán:	

Příloha 3 Kalinův anamnestický list

Anamnestický list

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa - trvalé bydliště:

Adresa - kde klient žije:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

Kontakt na někoho blízkého:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

1. Vstupní údaje

- 1.1. Z jakého důvodu a s jakými potížemi klient přichází, resp. která obtíž konkrétně jej vedla ke kontaktu s námi, jakého rázu jsou tyto obtíže, jak dlouho trvají.
Objevily se poprvé či trpěl-li klient podobnými potížemi již někdy dříve (v případě, že klient měl potíže již dříve a pomoc nevyhledal, tak proč).
- 1.2. Reference: kde byl klient naposledy v léčbě či jiné odborné péči, zda ji ukončil, případně proč ji neukončil, doporučen kým?
- 1.3. Odkud o nás klient ví.

2. Osobní anamnéza

2.1. Zdravotní anamnéza

- 2.1.1. Jak probíhal porod. Nemoci, časté nebo těžké. Zaznamenejte všechny vážnější nemoci, kterými klient trpěl. Mělo by se jednat hlavně o nemoci, které nemají souvislost s abusem NL, tj. astma, traumata, operace, ...
- 2.1.2. Hospitalizace z jiného důvodu než pro abusus NL

- 2.1.3. U žen-matek: Jak probíhalo těhotenství, porod, šestinedělí (zdravotně, zda klientka užívala drogy, jaké, jak, jaké dávky, pokoušela se abstinovat v těhotenství, jedná se o první těhotenství, menstruace po porodu....)
- 2.1.4. Test na hepatitidy. Ano, ne, výsledek, kdy naposledy. Prodělaná hepatitis A, B, C. Kdy, je-li chronická, zda klient je evidován v nějaké hepatologické ambulanci.
- 2.1.5. HIV test. Ano, ne, výsledek, kdy naposledy. Klienta se v souvislosti s infekcí HIV/AIDS se zeptejte také na rizikové chování.
- 2.1.6. Současné zdravotní potíže

2.2. **Psychická anamnéza** (jen takové problémy, které nemají souvislost s abusem NL)

- 2.2.1. Dosavadní kontakty s psychiatrií (ambulantní i lůžková zařízení)
- 2.2.2. Kontakty s psychologem - poradny, školní psycholog atd.
- 2.2.3. Suicidiální pokusy, kdy, proč, jak. Sem počítejte i sebevražedné myšlenky, které nebyly realizovány.

2.3. **Sexuální život** - jeho počátky, orientace, problémy. Zaměřte se na promiskuitu, pohlavní choroby, antikoncepce; znásilnění, potraty; homosexualita; prostituce.

3. **Sociální anamnéza**

3.1. **Vzdělání**

- 3.1.1. Kde, kdy, co a jak. Nejvyšší dosažené vzdělání. Zaznamenejte i neukončené školy.
- 3.1.2. Komentář klienta ke škole, jaký byl žák (jak se ve škole cítil, vztahy s vrstevníky).

3.2. **Záliby**

Jaké měl klient záliby, než začal užívat drogy, které z nich si našel sám, do kterých byl tlačěn a kým.

3.3. **Zaměstnání**

- 3.3.1. Současné
- 3.3.2. Předešlá - kdy byl naposledy zaměstnán, jak dlouho trvalo jeho nejdelší období zaměstnanosti, jak dlouho trvalo jeho nejdelší období nezaměstnanosti.

3.4. **Finanční situace, zdroj příjmů**

- 3.4.1. Dluhy - kolik, kde (VZP, MHD, ...).
- 3.4.2. Současný příjem, náklady na živobytí.

3.5. Bydlení

3.5.1. Technické charakteristiky (poloha, velikost a vybavení bytu)

3.5.2. Soukromí klienta v bytě (vlastní pokoj atd.)

3.5.3. S kolika dalšími osobami klient v bytě žije, zda jsou tyto osoby uživatelé drog nebo ex-useři.

3.6. Právní problémy, absolvované tresty

3.6.1. Je v současné době v podmínce, či je-li soudně stíhán (nebo stíhání očekává).

3.6.2. Za co byl klient trestán nebo obviněn, i když nebyl odsouzen.

3.6.3. Má nebo měl soudně nařízenou léčbu.

3.6.4. U žen-matek: má dítě (děti) v péči, odebrané na základě předběžného opatření, soudně, kde jsou umístěny příp. další děti, může se s nimi klientka stýkat, uznané otcovství, styk dítěte s otcem

3.7. Důležité osoby v životě klienta

3.7.1. Rodiče, sourozenci, manželé, děti....(u osob uváděných v oddíle „Rodina“ není nutné se rozepisovat, stačí odkaz)

3.7.2. Partner/ka

3.7.3. Přátelé, spolužáci, ...

4. Drogová kariéra

4.1. **Hlavní droga** (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou – vyplňujte s ohledem na kritéria závislosti a rizikové užívání):

4.1.1. Heroin

4.1.2. Pervitin

4.1.3. Jiná

4.2. **Ostatní drogy**, které klient užíval (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

- 4.2.1. Heroin
- 4.2.2. Braun
- 4.2.3. Pervitin
- 4.2.4. Kokain
- 4.2.5. Ecstasy
- 4.2.6. LSD
- 4.2.7. Marihuana
- 4.2.8. Psylocibin
- 4.2.9. Alkohol
- 4.2.10. Organická rozpouštědla
- 4.2.11. Farmaka
- 4.2.12. Jiné

4.3. Kde bral klient **peníze na drogy** (krádeže, prostituce, ...)

5. Obtíže a problémy spojené s užíváním drog

- 5.1. **Psychické obtíže** - toxická psychóza, deprese, flashbacky, úzkostné stavy, suicidiální pokusy, ... (především stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s psychiatrem nebo hospitalizaci na psychiatrii, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo).
- 5.2. **Předávkování** - tj. pokud byla provedena nějaká intervence nutná k resuscitaci (i laické).
- 5.3. **Odvykací stav** - jak ho klient zvládal.
- 5.4. **Tělesné obtíže** spojené s abusem: Abscesy, zápaly plic, flegmony, ... (tj. stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s lékařem nebo hospitalizaci, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo).
- 5.5. **Jiné problémy** spojené s užíváním drog - pracovní, studijní, společenské, řízení pod vlivem drogy, i když klient nebyl přistižen (jde o konkrétní problémy, které nastaly v souvislosti s drogami).

6. Léčby a abstinční pokusy

6.1. **Absolvované léčby** - všechny ústavní i ambulantní chronologicky. Jak dlouho klient vydržel abstinovat po absolvované léčbě, jak dlouho klient vydržel abstinovat sám bez léčby.

6.2. **Doba abstinence:**

7. Rodina

7.1. **Základní údaje**

7.1.1. Rodiče, věk, zaměstnání, zdravotní stav

7.1.2. Sourozenci, věk, zaměstnání, zdravotní stav

7.1.3. Manžel, otec dítěte, věk, zaměstnání, zdravotní stav

7.2. Rodinná anamnéza

7.2.1. Úmrtí, na co, v kolika letech, ...

7.2.2. Důležité choroby - srdeční onemocnění, cukrovka, mrtvice, nádorová onemocnění, ...

7.2.3. Závislosti a duševní onemocnění v rodině - o případné rodinné zátěži je třeba se podrobně rozepsat. Pokud klient např. uvede, že jeho děd byl alkoholik, zeptejte se, zda se léčil, ev. kde, ...

7.3. Charakteristika rodinného prostředí

7.3.1. Hodnocení rodinných vztahů s rodiči a sourozenci. Zde je třeba zaznamenat hodnocení vztahů v rodině.

7.3.2. Úplná, neúplná rodina - kdy se rodiče rozvedli, jak to klient snášel, s kým z rodiny nyní žije, jaké kontakty má se svým druhým rodičem.

7.3.3. Jiné důležité osoby v životě klienta (z kruhu rodiny).

7.3.4. Sociální status rodiny

7.3.5. U žen-matek: kdo z těchto osob může pomoci s péčí o dítě v příp. předčasného odchodu z léčby, hospitalizace apod. (kontakt)

7.4. Údaje od rodičů nebo rodinných příslušníků (vyplňujeme jen tehdy, přijdou-li rodiče nebo rodinní příslušníci společně s klientem)

7.4.1. Pohled rodinných příslušníků na klienta, na jeho abus, chování doma - fungování v rodině, plnění dohodnutých pravidel, atd. Zaznamenejte pokud možno všechny stesky rodiny na chování jejich příbuzného, ev. na abus návykových látek.

7.4.2. Charakteristika rodinného prostředí z pohledu rodičů (příbuzných). Jak rodina vidí vztahy s klientem, jaký byl předtím, než začal zneužívat NL, jaký je nyní. Vhodné je také zaznamenat ideální stav dle rodičů, jak by měl vypadat dle jejich představ.

7.4.3. Charakteristika rodičů z pohledu pracovníka. Náhled rodiny na abus návykových látek, zhodnocení chování rodiny vzhledem k danému problému. Jak se měnil vztah rodiny ke klientovi v průběhu léčby.

7.4.4. *Pokuste se objektivizovat data udaná klientem.*

8. Stav klienta při rozhovoru

8.1. Vzhled klienta, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní).

8.2. Spolupráce, náhled na abus

8.3. Jeví-li klient známky akutní intoxikace nebo odvykacího stavu, je nutné to zmínit.

8.4. Jsou nebo nejsou přítomny suicidiální myšlenky?

Základní problém z vašeho pohledu

Pracovní plán (cíle) - váš návrh

Datum:

Jméno vyplňujícího a podpis:

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis